المركز القومى للترجمة

المشروع القومى للترجمة

مقابلة الدافعية

تهيئة الأفراد للتغيير

تأليف:
وليام ميلر
ستيفن رولنيك

ترجمة: صابر أحمد عبد الموجود
مراجعة: محمد يحيى الرخاوى

1908



يتناول ميلر وورولنيك وآخرون من خلال هذا الكتاب إحدى طرق التغيير التي أثبتت فعاليتها وكفاءتها، وهي مقابلة الدافعية، وهي مبنية على فلسفة رائد العلاج المتمركز حول العميل وهو كارل روجرز، وبالتالي يؤكد مؤلفو الكتاب في تناولهم للتغيير من خلال مقابلة الدافعية على ثلاث من القيم الإنسانية التي لابد أن تكون في قمة هرم القيم الخاص بنا ونحن نسعى إلى التغيير، وهي قيم: الحرية، والثقة، والمنهجية.

والكتاب بما يعرضه من رؤية جديدة للتغيير الحر المبني على الدافعية، وما يقدمه من خطوات مدعومة لعمل هذا التغيير، وما يشير إليه من قضايا ومشكلات تتعلق بتطبيق هذه الخطوات العملية، يعد إضافة إلى مكتبتنا العربية التي تفتقد، نسبيا، لهذا النوع من الكتب، كما يعد حقا من حقوق قارئ العربية أن يتعرض لرؤية للتغيير قد تكون جديدة ومفيدة له.

تصميم الغلاف: هشام بهجت

مقابلة الدافعية

تهيئة الأفراد للتغيير

المركز القومى للترجمة
إشراف: جابر عصفور

- العدد: 1908
- مقابلة الدافعية: تهيئة الأفراد للتغيير
- وليام ميلر، وستيفن رولنيك
- صابر أحمد عبد الموجود
- محمد يحيى الرخاوى
- الطبعة الأولى 2012

هذه ترجمة كتاب:

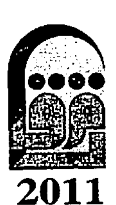
MOTIVATIONAL INTERVIEWING: Preparing People for Change
2nd Edition
By: William R. Millar & Stephen Rollnick

شارع الجبلاية بالأوبرا- الجزيرة- القاهرة. ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤
El Gabalaya St. Opera House, El Gezira, Cairo.
E-mail: egyptcouncil@yahoo.com Tel: 27354524 Fax: 27354554

مقابلة الدافعية

تهيئة الأفراد للتغيير

تأليف : وليام ميلر
وستيفن رولنيك
ترجمة : صابر أحمد عبد الموجود
مراجعة : محمد يحيى الرخاوى



2011

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

ميلر؛ وليام.
مقابلة الدافعية - تهيئة الأفراد للتغيير
تأليف: وليام ميلر؛ ستيفن رولنيك؛ ترجمة: صابر أحمد عبد الموجود
مراجعة: محمد يحيى الرخاوى
ط١ - القاهرة: المركز القومى للترجمة، ٢٠١١
٦٩٦ ص؛ ٢٤ سم
١- الدافعية
(أ) رولنيك، ستيفن (مؤلف مشارك)
(ب) عبد الموجود، صابر أحمد (مترجم)
(جـ) العنــوان ١٥٣,٨,

رقم الإيداع ٢٠١١/٥٩١٣
الترقيم الدولى I.S.B.N. 978 - 977 - 704 - 556 - 8
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

إهداء المؤلفين

إلى والدينا

هازل Hazel ورالف ميلر Ralph Miller

وسونيا Sonia وجوليان رولنيك Rollnick Jolian

"ربما نجحنا فى العبور بهذا الحب إلى الجيل القادم"

المحتويات

مقدمة المترجم

يعد التغيير من أهم المكونات التى برزت فى صراع الكائنات الحية ضد الاندثار، حيث بدا التغيير بوصفه خط الدفاع الأول للكائن الحى ضد كوارث الطبيعة وتقلباتها. والإنسان من أحوج الكائنات الحية إلى التغيير، فبالإضافة إلى العوامل الطبيعية يتعرض الإنسان دون باقى الكائنات الحية إلى عوامل اجتماعية ونفسية تجعله أكثر حاجة للتغيير والتوافق الإيجابى مع هذه العوامل.

وتتجلى حاجة الإنسان للتغيير أكثر ما يكون عند مواجهة المشقة المتعلقة بالاضطرابات عمومًا والاضطرابات النفسية الاجتماعية بصفة خاصة؛ حيث لا يبقى - فى كثير من الأحيان - لدى المرء بديل عن التغيير كى يتعايش مع الاضطراب أو يتخلص منه، ومن ثم تصبح طرق التغيير وأساليبه الفعالة والمشروعة هى الهدف المنشود لكثير من الراغبين فى مساعدة ذوى الحاجة للتغيير ممن يواجهون اضطرابًا ما.

يتناول ميلر ورولنيك وآخرون من خلال هذا الكتاب إحدى طرق التغيير التى أثبتت فعاليتها وكفاءتها، وهى مقابلة الدافعية، وهى مبنية فى هذا الكتاب على فلسفة رائد العلاج المتمركز حول العميل، وهو كارل روجرز، وبالتالى يؤكد مؤلفو الكتاب فى تناولهم للتغيير من خلال مقابلة الدافعية على ثلاث من القيم الإنسانية التى لابد أن تكون فى قمة هرم القيم الخاص بنا، ونحن نسعى إلى التغيير.

أولى هذه القيم التى يؤكد عليها الكتاب هى قيمة الحرية؛ حيث تمثل حرية العميل فى اختيار التغيير مبدأً أساسيًا تهدف إليه مقابلات الدافعية، فإذا كان التغيير ضرورة لا مناص منها، فإن دور مقابلات الدافعية هى أن تجعل التغيير مبنيًا على اختيار

العميل وحريته، وهى بذلك تحل إحدى المعضلات التى نواجهها فى مجال علاج الاضطرابات النفسية وفى مجتمعاتنا العربية بصفة خاصة، وهى كيف نساعد فى التغيير دون أن نمارس قهراً على العميل صاحب المشكلة.

القيمة الثانية التى يؤكد عليها المؤلفون فى هذا الكتاب هى الثقة، والتى تتجلى فى ناحيتين؛ الناحية الأولى هى ثقة العميل فى المرشد بوصفه شخصاً يسعى إلى تقديم خدمة متخصصة هدفها الأول مساعدة العميل، ومن ناحية أخرى ثقة العميل فى قدرته على عمل التغيير بعد اعتقاده الحر فى أهميته، وهذه القيمة بوجهيها (ثقة العميل فى المرشد وفى نفسه) لا مفر من العمل بها فى التغيير الإنسانى وعلاج الاضطرابات النفسية بشكل خاص.

أما القيمة الثالثة التى تتجلى فى هذا الكتاب هى المنهجية؛ حيث يحدث التغيير بمشاركة منظمة وواضحة بين المرشد والعميل فى سلسلة من الخطوات تراعى بشدة المرحلة التى يمر بها العميل ودور المرشد فيها، وبهذه القيمة تبدو الخدمة النفسية فى أى أشكالها (مشورة أو إرشاداً أو علاجاً) خدمة تعاونية منظمة ومحددة أو بالأحرى ذات منهج واضح ومرن فى آن واحد.

يتناول المؤلفون مقابلات الدافعية ودورها فى التغيير من خلال أربعة أبواب؛ يتناول الباب الأول فى ثلاثة فصول السياق الذى يتم فيه التغيير من حيث الأسباب التى تدعو الأفراد للتغيير ومشكلة التناقض الوجدانى وميسرات التغيير.

أما الباب الثانى فهو خاص بممارسة مقابلة الدافعية؛ حيث اشتمل على تسعة فصول من الرابع حتى الثانى عشر، بدأ المؤلفان (ميلر Miller ورولنيك Rollnick) فى الفصل الرابع والخامس بتعريف مقابلة الدافعية ثم التغيير والمقاومة بوصفهما وجهين لعملة واحدة ثم عرضا فى الفصول من السادس حتى التاسع للخطوات التى يسير عليها المرشد فى المرحلة الأولى من التغيير، وهى: بناء الدافعية للتغيير والاستجابة لحديث التغيير والاستجابة لمقاومة العميل له (أى للتغيير) وزيادة ثقته للقيام به،

ثم تناولا فى الفصول من العاشر حتى الثانى عشر خطوات المرشد فى المرحلة الثانية من التغيير، وهى: تقوية الالتزام بالتغيير ثم عرضا لحالة عملية كاملة تجسدت فيها هذه الخطوات وأنهيا هذا الباب (الممارسة) بالاعتبارات الأخلاقية التى لابد من مراعاتها فى أثناء ممارسة مقابلة الدافعية لعمل التغيير، ويعرض الباب الثالث من هذا الكتاب من خلال الفصل الثالث عشر والرابع عشر لقضية تعلم مقابلة الدافعية والتدريب عليها.

أما الباب الرابع والأخير فيعرض لمجموعة قضايا تتعلق بتطبيقات مقابلة الدافعية من ناحيتين؛ تتعلق الناحية الأولى من خلال الفصل الخامس عشر والسادس عشر والثامن عشر والتاسع عشر والعشرين والخامس والعشرين بتطبيقات مقابلة الدافعية عموما، وهى: مقابلة الدافعية ومراحل التغيير والتراث البحثى حول كفاءة مقابلة الدافعية ومقابلة الدافعية المعدلة، ودور القيم فى مقابلة الدافعية، ودور مقابلة الدافعية، فى الالتزام بالعلاج، ومخاطر عمل مقابلة دافعية جماعية وإمكانياته، أما الناحية الأخرى فتتعلق بتطبيق مقابلات الدافعية فى مواقف أو سياقات أو فئات أو اضطرابات معينة وهى: تطبيق مقابلة الدافعية فى المواقف الصحية ومواقف الصحة العامة (الفصل السابع عشر) ومع المراهقين وصغار السن (الفصل الواحد والعشرون) ومرتكبى الجرائم الجنائية (الفصل الثانى والعشرون) والأزواج (الفصل الثالث والعشرون) وذوى الاضطراب المزدوج (الفصل الرابع والعشرون).

والكتاب بما يعرضه من رؤية جديدة للتغيير الحر المبنى على الدافعية، وما يقدمه من خطوات مدعومة لعمل هذا التغيير، وما يشير إليه من قضايا ومشكلات تتعلق بتطبيق هذه الخطوات العملية وبكثرة المساهمين فى التأليف من محترفى مقابلات الدافعية (ستة وثلاثون مساهمًا فى الترجمة بالإضافة إلى المؤلفين الأساسيين - ميلر **Miller** ورولنيك **Rollnick**) يعد إضافة إلى مكتبة تفتقد نسبيًا لهذا النوع من الكتب وهى مكتبتنا العربية، كما يعد حقًا من حقوق قارئ العربية أن يتعرض لرؤية للتغيير، قد تكون جديدة ومفيدة له.

تصـــدير

لقد مرت عشر سنوات منذ أن كنا نجلس سويًا فى سيدنى وأستراليا نراجع الطبعة الأولى من كتاب مقابلة الدافعية. قبل أن نلتقى فى عام ١٩٨٩، كنا نعمل بشكل منفصل فى الولايات المتحدة والمملكة المتحدة حول طرق تدريب وتعليم هذا المنحى الإكلينيكى. وكان المكتوب عنه قليلاً وتخيلنا آنذاك كتابًا للإكلينيكيين يجمع معًا ما تعلمناه عن مقابلة الدافعية، ليس فقط ما جمعناه بأنفسنا، ولكن ما جمعه آخرون أيضًا. وكانت النتيجة هذا المجلد غير العادى: نصف مؤلف، نصف منشور محرر وليس لدينا أدنى فكرة عما سيكون.

بمرور الوقت فاتحتنا مطبعة جيلفورد فى إعداد هذه الطبعة الثانية، وكان الكثير حينئذٍ قد تغير. ففى مجال علاج الإدمان، وهو المجال الذى ركزنا فيه فى الطبعة الأولى، ابتعدت الممارسة جوهريًا عن أساليب المواجهة التى كانت تستخدم فى السبعينيات والثمانينيات. وحاليًا انتقلت تطبيقات مقابلة الدافعية إلى كثير من المجالات الأخرى، بما فى ذلك الرعاية الطبية العامة وتحسين الصحة والعمل الاجتماعى والإصلاح[١](*). واستجابة للمطالب المتزايدة بشكل سريع على التدريب الإكلينيكى، أعددنا أكثر من ٣٠٠ مدرب شكلوا منظمة دولية لمدربى مقابلة الدافعية. وقد نُشرت الطبعة الأولى فى إيطاليا وألمانيا وإسبانيا والبرتغال والصين مع عديد من الترجمات الأخرى فى المستقبل.

---

١ Corrections.

(*) تشير الأرقام التى لا ترد بين قوسين إلى المصطلح باللغة الإنجليزية، أما الأرقام التى ترد بين قوسين، فهى خاصة بهوامش الكتاب.

كما تم إنشاء موقع إلكترونى (www.motivitionalinterview.org)، وظهرت تنقيحات مختصرة متنوعة للطريقة الإكلينيكية.

وكنتيجة لهذه التطورات وتطورات أخرى ظهرت هذه الطبعة المختلفة تمامًا عن الطبعة الأولى من الكتاب؛ حيث اتسعت مساحة الاهتمام كثيرًا عن موضوع الإدمانات لتشمل تغيير السلوك بشكلٍ عام. ومع أكثر من عشر سنوات من الخبرة فى رؤية ما يبدو أنه يساعد الأفراد أو يربكهم عند تعلم الطريقة الإكلينيكية، قمنا بتنقيح بعض العروض وتركنا كتابات أخرى بدت مشوشة. وخلال التغييرات الفنية ابتعدنا عن وضع المراجع داخل متن الأربعة عشر فصلاً الأوائل، ووضعناها بشكل منفصل فى الملاحظات النهائية. وقد قصدنا عمل هذه التغييرات وتغييرات أخرى ليكون الموضوع متاحًا أكثر ويخص مدى عريضًا من الإكلينيكيين، وذلك مع احتفاظنا بالتوثيق من أجل أولئك الذين يرغبون فى تتبع خلفية الموضوع والبحث.

الباب الأول أعيد كتابته بالكامل؛ حيث أزلنا معظم المادة التى قارنت مقابلة الدافعية بالمناحى الإرشادية الأخرى، وأزيلت نقاط المقارنة السابقة مع منحى المواجهة. وركزنا على تقديم وصف واضح عن ماهية طريقة مقابلة الدافعية أكثر من التركيز على ما ليس مقابلة دافعية. كما أزلنا من الأربعة عشر فصلاً الأولى كل ما كُتب تقريبًا عن مناحٍ يتداخل معها أحيانًا منحى مقابلة الدافعية مثل مناحى؛ مراجعة التقييم والعلاج المحسن للدافعية ومراحل التغيير النظرية والتفاوض المختصر والتنقيحات المختصرة الأخرى. وهذه الموضوعات تم تغطيتها حاليًا فى فصل خاص بها فى الباب الرابع.

لقد تقدمنا خطوة بعيدًا عن المفهوم التقليدى للمقاومة بوصفها ميكانزمًا دفاعيًا ضد دافعية المريض. حيث نقدم حاليًا (فى الفصل الخامس) حديث التغيير[١] (عبارات الدافعية الذاتية[٢] سابقًا) والسلوك المقاوم بوصفه الوجه المقابل لنفس العملة؛ حيث

١ Chang talk.

٢ Self-motivational.

يعكس ببساطة قطبى التناقض الوجدانى[1] للعميل. وبعد قليل من النقاش قررنا أن نحتفظ بمصطلح "المقاومة"[2] بسبب شيوعه على أن نعيد تحديده بعض الشىء. أما المصطلحات المختلفة التى أزلناها (مثل عبارات الدافعية المضادة[3] والحديث المضاد للتغيير) فقد بدت أقل إرضاءً وقبولاً، حيث نقدم حديث التغيير والمقاومة حاليًا بوصفهما سلوكين مكملين لبعضهما، وقد أعددنا فصلاً حول كيف نستجيب لكليهما: الفصل السابع جديد تمامًا، والفصل الثامن هو إعادة لفصل سابق حول معالجة المقاومة[4]. ولقد أزلنا (ولكن الموضوع ما زال تحت المناقشة) مفهوم التناقض العلاجى[5] لتمييزه عن الطريقة الإكلينيكية لمقابلة الدافعية.

تحتوى الفصول الأخرى على مادة جديدة أيضًا، وأدخلنا فى هذه الطبعة تعريف مقابلة الدافعية (الفصل الرابع). والفصل التاسع جديد بالكامل، حيث ينصب الموضوع على ما لم نتناوله من قبل: ماذا تفعل عندما ترتفع الأهمية وتنخفض الثقة؟ حيث قدمنا طريقة لرفع الثقة. وإذا كان ضم بعض الأساليب المألوفة يضعها فى سياق حديث التغيير التعاونى لمقابلة الدافعية[6]، فهى تتجمع من خلال عرض لحالة وحوار إكلينيكى جديد يظهر خلال الكتاب. وعلى الرغم من أن مثال الحالة الممتدة (الفصل الحادى عشر) ظل كما هو مع قليل من التغيير، فإن هناك فصلاً جديداً، هو الفصل الثانى عشر، حول النواحى الأخلاقية للممارسة.

أما الباب الثالث فهو تقريبًا جديد بالكامل، حيث نركز فيه على كيف يتعلم الأفراد مقابلة الدافعية وذلك بدلاً من تقديم تكنيكات محددة للتعلم، حيث عرضنا

---

١ ambivalence.
٢ resistance.
٣ Countermotivational statements.
٤ Handling resistance.
٥ Therapeutic paradox.
٦ Collaborative change-talk context.

فى الفصل الثالث عشر عمليات التعلم (بما فى ذلك تعلمنا)، ثم قدمنا فى الفصل الرابع عشر الطرق الواسعة لتسهيل التعلم.

وفى النهاية، يشتمل الباب الرابع على كل الفصول الجديدة التى تركز على تطبيقات مقابلة الدافعية. وتجنبنا بشكلٍ مقصود فصولاً تعالج تطبيقات لمشكلات أو اضطرابات نوعية، وذلك لأن هناك كثيراً جداً منها ولا توجد فى الوقت الحاضر قاعدة بحوث كافية فى المشكلات النوعية. وتركز فصول هذا الباب على تطبيقات مقابلة الدافعية (مثل المواقف الإصلاحية والجماعات والصحة العامة) والجماعات الخاصة (مثل مرضى الأمراض العضوية والمراهقين والأزواج). وتفحص الفصول الأخرى فى الباب الرابع العلاقة بين مقابلة الدافعية والقيم (الفصل التاسع عشر) والمراحل النظرية للتغيير (الفصل الخامس عشر) وتمدنا بمراجعة للبحوث التى تمت حول هذه الطريقة (طريقة مقابلة الدافعية) حتى اليوم (الفصل السادس عشر).

شكر وعرفان

ما يعد جديداً فى مقابلة الدافعية قليل، فقد بنيناها على الإسهامات الفذة لكارل ر. روجرز Carl R. Rogers وتلامذته لاسيما توماس جوردون Thomas Gordon الذى طور العلاج المتمركز حول العميل[1] خلال الخمسين سنة الماضية. والذى أثر فى تفكيرنا حول مقابلة الدافعية أيضا هو بحث جيمس بروساشكا James Prochaska وكارلو ديكليمنتى Carlo DiClemente حول النموذج النظرى للتغيير وبحث ميلتون روكيتش Melton Rokeach حول القيم الإنسانية وبحث ديريل بيم Daryl Bem حول نظرية إدراك الذات[2].

ولا يسعنا غير أن نشكر زملاءنا من الشبكة الدولية لمدربى مقابلة الدافعية (MINT) لروحهم الحماسية التعاونية وكرمهم الوفير الذى جعلهم يحضرون لقاءاتنا السنوية ولجنة التوجيه ونشرة العمل والتصوير والموقع وورش التدريب. وواحد من دواعى بهجتنا الكبيرة بعملنا لسنوات كانت فرصة لقاء مثل هذه النخبة بوصفهم أعضاء شبكة مدربى مقابلة الدافعية والعمل معهم. حيث أظهر إبداعهم وعبقريتهم ما يدرسون، وقد أثار شكرنا الجزيل وامتناننا تعاونهم وودهم.

ونخص بالشكر جيان باولو جويلفى Gian Paolo Guelfi الذى فتح لنا منزله الصيفى فى قرية فيومرى Fumeri شمال إيطاليا، حيث قضينا إجازتنا الأسبوعية التى

١ Client-centered psychotherapy.

٢ Self-perception.

أنجزنا فيها معظم مسودات الطبعة الثانية. وكان وقتًا رائعًا حين أنجزنا أعمالنا المكتبية والفاكسات والإميلات بين الخضرة وغناء العصافير والبتزا المصنوعة فى الفرن المشتعل بالخشب. ونحن مدينون أيضًا لأسرنا وزملائنا الذين يسروا مرور الوقت. وبفضل هؤلاء جاء هذا الكتاب فى صورة أفضل.

يعبر وليام ميلر Miller عن شكره وامتنانه للدعم المستمر للمعهد القومى لتعاطى الكحول والكحولية فى الولايات المتحدة؛ حيث أتاحت منحة بحوث أستاذ العلم التى منحها المعهد له (No. K05-AA00133) أن يكرس جهده طوال إحدى عشرة سنة لتطوير طرق جديدة لعلاج السلوكيات الإدمانية وتقييمها.

لقد دفعنا العمل فى مشاريع إعداد هذا الكتاب لسنوات إلى تقدير الإسهامات الجيدة والقيمة للناشر ذى المهارة العالية؛ حيث حالفنا الحظ للعمل مع بعض أفضل الناشرين حيث استبصرت سيمور وانجارتين Seymour Weingarten بما تعد به الطبعة الأولى ثم بدأت علاقتنا الطويلة بمطبعة جيلفورد. فتعهدت كيتى مور Kitty Moor هذه الطبعة الثانية من البداية حتى النهاية مع تقديم المساندة والتوجيه المبنى على الخبرة بشكل مستمر. وقد وجدنا المساعدة المتخصصة من كثير من الموظفين المهرة خلال عملية تقديم هذه الطبعة الثانية وتحقيقها، ونحن ممتنون كثيراً لهم.

الباب الأول

السياق

الفصل الأول

لمـــاذا يتغير الأفــراد؟

إلى أن يصبح المرء ملتزمًا، هناك تردد، وفرصة للعودة للخلف، وانعدام الفعالية الدائم فيما يتعلق بكل أفعال المبادرة والإبداع. وهناك حقيقة أساسية واحدة، يؤدى تجاهلها إلى قتل عدد لا نهائى من الأفكار والخطط الرائعة: إنها حقيقة أن للخطة التى يلزم فيها المرء نفسه نهائيًا، ويتحرك القدر أيضًا، حيث تحدث كل الأشياء - التى ما كانت لتحدث - لتساعده. ينشئ هذا القرار تيارًا كاملاً من الأحداث.

يوهان ڤولفنجنج فون جوته Johann Wolfgang Von Gethe.

غالبًا ما يبدأ الاهتمام بموضوع الدافعية بالتعجب لماذا لا يتغير الأفراد؟ ومن الشائع أن هذا الأمر يحبط كثيرًا من المتخصصين والمدرسين والمرشدين النفسيين والآباء وأولئك الذين يعملون فى الخدمة الاجتماعية والأنظمة القضائية، ويبدو جليًا أن ما يفعله الشخص، هو إما عاجز أو مدمر له، ويمكنك أن ترى طريقًا أفضل، لكن الشخص يصر على نفس السلوك. بطريقة ما نجد ذلك فى عبارة " يمكن أن تعتقد..."

يمكن أن تعتقد أن وجود أزمة قلبية سوف يكون كافيًا بإقناع رجل للتوقف عن التدخين وتغيير نظامه الغذائى وممارسة مزيد من التمرينات الرياضية وتناول دوائه.

يمكن أن تعتقد أن التسمم بالكحول والعلاقات المدمرة وحوادث السيارات وإظلام الذاكرة سيكون كافيًا لإقناع امرأة للتوقف عن الشراب.

يمكن أن تعتقد أنه سيكون واضحًا لأى مراهق أن التعليم الجيد مهم بالنسبة للطريقة التى يقضى بها المرء بقية حياته مستمتعًا بها.

يمكن أن تعتقد أن قضاء وقت فى ممارسات مهينة إنسانيًا فى السجن سوف يمنع الأفراد من ارتكاب جرائم مرة أخرى.

يمكن أن تعتقد أن هذا سيحدث، ومع ذلك تشيع مشكلات الالتزام بالدواء حتى مع الأمراض المهددة للحياة مثل داء السكرى وأمراض القلب والإيدز، حيث السمة المميزة للسلوكيات الإدمانية أنها تبقى رغم ما يبدو من برهان دامغ على أنها مدمرة. ويبدو أن زيادة حدة العقاب لا يقدم ردعا كافيًا، لسنا دائمًا مخلوقات واعية.

السؤال الأكثر روعة وفائدة، فى رأينا، هو لماذا يتغير الأفراد، فالتغيير أمر معتاد[1] أيضًا، حيث يتوافق الأفراد تبعًا لأساليب الحياة الجديدة. وأغلب من يعانى من مشكلات كحول ومخدرات ومراهنة يهرب منها تمامًا فى نهاية الأمر، ويعيش حياة عادية معقولة، ويحدث ذلك فى الغالب دون علاج رسمى. وينمو المراهقون عادةً رغمًا عن أنفسهم، فما الذى يوقظنا ويسبب التصحيح التدريجى أو حتى التحول الفجائى الدرامى؟

لماذا يتغير الأفراد؟

أجزاء من اللغز

غالبًا ما يميل الذين يعملون فى مهن تقدم مساعدة إلى الاعتقاد بأن سبب التغيير هو الخدمة المقدمة سواء كانت إرشادًا أو علاجًا أو مشورة أو تعليمًا. وقد بدأت رحلتنا التى أدت إلى استخدام مقابلة الدافعية مع علاج مشكلات الكحول ومخدرات أخرى، ما يفسر لماذا أتت بعض البحوث والأمثلة التى طرحناها فى هذا الكتاب من مجال الإدمان.

---

١ norm.

فالسلوك الإدمانى يُعد مجالاً رائعًا لدراسة ظاهرة التغيير، وقد ساعدتنا البحوث فى هذا المجال على طرح كثير من افتراضاتنا المبكرة عن كيفية حدوث التغيير، وفيما يلى أجزاء من لغز، ظهر بعضها فى بحوث السلوكيات الإدمانية.

التغيير الطبيعى

من المقبول بشكل واسع حاليًا أنه فى كثير من المشكلات يحدث التغيير الإيجابى بدون علاج رسمى، فمعظم من توقفوا عن التدخين أو تعافوا من مشكلات الكحول أو المخدرات الأخرى قاموا بذلك بدون مساعدة من متخصصين فى العلاج، أو حتى دون مساعدة من جماعات المساعدة المتبادلة المنتشرة، وقد أطلق على مثل هذا الشفاء بدون علاج "شفاءً تلقائيًا"[١] باعتباره حدثًا نادرًا وغير معتاد مع أن مراحل التغيير وعملياته تبدو واحدة سواء بالعلاج أو بدون علاج. ومن هذا المنطلق من الممكن أن يكون العلاج ميسرًا للعمليات الطبيعية للتغيير.

آثار التدخل المختصر[٢]

من الواضح أيضًا إمكانية الإسراع من التغيير أو تيسير حدوثه، وإحدى النتائج الموثوقة فى هذا السياق هى أنه حتى التدخلات المختصرة نسبيًا، تحت شروط معينة، يمكن أن تحفز على التغيير. فغالبًا ما تؤدى واحدة أو اثنتان من جلسات الإرشاد إلى تغيير كبير فى السلوك أكثر من عدم وجود إرشاد على الإطلاق. وقد سجلت دراسات عديدة فى دول مختلفة فعالية التدخلات المختصرة فى خفض الإسراف فى الشراب أو الشراب المشكل(١)(*) ، كما ظهرت نتائج مشابهة بالنسبة للتدخلات المختصرة لمشكلات أخرى أيضًا(٢). قليل من الإرشاد يمكن أن يؤدى إلى تغيير دال.

١ Spontaneous rimission.

٢ Brief intervention.

(*) الرقم بين القوسين يشير إلى هامش آخر الفصل. (المترجم)

تأثير الجرعة

إذا كان قليل من الإرشاد يساعد، إذن من الممكن القول إن درجة التغيير ترتبط بكم (جرعة) الخدمات الإرشادية المقدمة للفرد. فى مجال الكحول، على الأقل، يختلط الدليل، حيث يظهر عامةً أن مزيداً من العلاج الذى يكمله الفرد بشكل تطوعى (سواء أكان جلسات إرشاد أو جرعات دواء) يؤدى إلى مزيد من الفائدة فى تغيير السلوك. ومع ذلك من الممكن أن يكون كل من العلاج والنتائج الإيجابية مرتبطين بعامل ما ثالث مثل الدافعية للتغيير.

إذن ماذا يحدث لو أننا قسمنا المرضى إلى متلقى مزيد من العلاج ومتلقى قليل من العلاج؟ مرة أخرى، فإن البرهان هنا ثابت إلى حدٍ ما، ففى تجارب مضبوطة يظهر الأفراد نفس مستوى الإفادة بشكل عام، سواء أكانوا مسجلين فى علاج طويل المدى أو قصير المدى أو مقيمين فى القسم الداخلى مقابل المترددين على العيادة الخارجية وذلك بالنسبة لاضطرابات تعاطى الكحول على سبيل المثال. وفى المتوسط، فإن التدخلات المختصرة تؤدى إلى نتائج مشابهة للعلاج طويل المدى. وفى دراسات العلاج الخارجى يحدث كثير من الانخفاض فى معدل الشرب (ويظل عبر سنوات من المتابعة) خلال الأسبوع الأول أو الثانى، والافتراض هنا، مرة أخرى، هو أن التغير يحدث بعد قليل من العلاج.

بالطبع، ليست هذه مناقشة لتحجيم العلاج إلى عدد قليل من الجلسات، فبينما يظهر المتوسط أن التغيير يحدث مبكرًا فى العلاج، تختلف طول المدة بالنسبة للاستجابة، والأمر المذهل هو أن كثيراً من التغيير يحدث بعد قليل من الإرشاد وتركز معظم نظريات العلاج على العمليات التى ستطلب فترة أطول من الزمن لكى يكتمل العلاج (مثل اكتساب مهارات سلوكية معرفية للتعايش أو العمل من خلال الطرح فى العلاقة العلاجية). تشير هذه النتائج إلى أننا نحتاج لطرق مختلفة للتفكير حول الشروط المهمة لحدوث التغيير.

تأثير الإيمان والأمل

يوجد جزء آخر من اللغز في البحوث التي تتناول تأثير الإيمان والأمل في تيسير التغيير. اسأل شخصًا ما عن إمكانية نجاحه في قيامه بتغيير معين وستكون الإجابة مؤشرًا جيدًا لاحتمالية قيامه بالتغيير فعليًا. غالبًا ما يطلق على هذا التغيير هذه الأيام "الكفاءة الذاتية"[1]، وكان المعالجون على مر العصور على وعي بقوة الإيمان والأمل، فالاعتقاد بأن الفرد يتلقى علاجًا فعالاً ذا تأثير قوي ذلك لدرجة أن اختبار الدواء الوهمي[2] (بدلاً من عدم وجود الدواء) هو المعيار الذي لابد من خلاله اختبار الدواء الجديد.

لا تقتصر هذه الظاهرة على ما يعتقده المرضى فحسب، فالمرشد والطبيب والمدرس لديهم أيضًا اعتقادات حول قدرة الشخص على التغيير، وهذه الاعتقادات يمكن أن تصبح نبوءات تتحقق ذاتيًا. ففي إحدى الدراسات التي أجريت على ثلاثة برامج مختلفة لعلاج الكحول، المرضى الذين أشار الفريق العلاجي بأن لديهم إمكانية أعلى للشفاء (وقد اختيروا في الواقع عشوائيًا) ظلوا متعافين بشكل أكثر دلالة، ويعملون لمدة عام بعد الخروج من المستشفى. إذن يؤثر المآل المدرك[3] على النتائج الفعلية.

تأثير المرشد

يقودنا ما سبق إلى قطعة أخرى من اللغز؛ عندما يبحث شخص ما عن المساعدة من أحد برامج العلاج، فما العوامل التي تحدد ما إذا كان هذا الشخص سيتابع العلاج أم سينقطع عنه وكيف سيؤدي هذا الشخص بعد العلاج؟ لا يوجد اتفاق في النتائج المتعلقة بخصائص المريض. فمثلاً، في بعض الدراسات الذين يعانون من

١ Self-efficacy.
٢ placebo.
٣ Perceived prognosis.

مشكلات أقل متعلقة بتعاطيهم للكحول من المرجح أكثر أن يستفيدوا من العلاج، وفي دراسات أخرى زيادة حدة تعاطى الكحول تصاحبها نتائج أفضل.

ومع ذلك، فإن أحد العوامل التى دائمًا ما تشكل فرقًا هو المتخصص الذى يعالج عنده المريض، حيث تشير البحوث إلى أنه عبر مدى عريض من مدارس العلاج، ترتبط خصائص معينة للمعالجين بنجاح العلاج. مرشدون يعملون فى نفس المكان ويقدمون نفس مناحى العلاج يظهرون فروقًا حادة فى معدلات انتكاسة المرضى ومعدلات النجاح، وتفوق هذه التباينات فى الفعالية حجم الفروق بين مناحى العلاج. وقد تحدث غالبية انتكاسات المرضى فى عيادة معينة فى حالات قليل من أعضاء الفريق العلاجى، وقد تصل دقة العوامل المنبئة بمعدلات عالية من انتكاسة المرضى إلى حد تأثير نغمة صوت الطبيب. باختصار، يبدو أن الطريقة التى نتفاعل بها، على الأقل، تكون بنفس أهمية طريقة أو منحى الفكر الذى نتعامل من خلاله.

أعد كارل روجرز نظرية، واختبرها حول مهارات المرشد المهمة لتسهيل التغيير(٣)، حيث أكد أن العلاقة الشخصية المتمركزة حول العميل[١] - والتى من خلالها يظهر المرشد ثلاث سمات مهمة - تمدنا بمناخ مثالى لحدوث التغيير. حيث يستطيع العملاء داخل مثل هذا السياق الآمن والمساند استكشاف خبراتهم بوضوح والوصول إلى حلول لمشكلاتهم الخاصة. ودور المرشد، فى نظر روجرز، ليس توفير الحلول أو الاقتراحات المباشرة أو التحليل، بل ليس على المرشد سوى تقديم الشروط الثلاثة المهمة التالية لتمهيد طريق التغيير الطبيعى: المواجدة الدقيقة[٢] والدفء غير الاستحواذى[٣] والصدق[٤].

---

١ Client- centered interpersonal relationship.

٢ Accurate empathy.

٣ Nonpossessive warmth.

٤ Genuiness.

يساند البرهان التالى أهمية هذه الشروط الثلاثة للتغيير، لا سيما المواجدة الدقيقة، حيث يجب ألا يختلط مثل هذا المفهوم مع معنى " المواجدة " بوصفها توحداً مع المريض أو الاشتراك فى نفس الخبرات الماضية. وفى الواقع، قد يحد وقوع المرشد الشخصى فى نفس مجال المشكلة (الكحولية على سبيل المثال) من قدرته على تقديم الشروط المهمة للتغيير بسبب التوحد الزائد عن الحد[١](٤). وكما عرفها روجرز، تنطوى المواجدة الدقيقة على الإنصات المتمعن الماهر[٢] الذى يوضح ويضخم خبرة العميل الذاتية والمعنى الشخصى له دون إقحام العوامل الذاتية للمرشد.

تشير البحوث إلى أن مواجدة المرشد يمكن أن تكون محدداً دالاً لاستجابة العميل للعلاج(٥)، ففى دراسة بجامعة نيومكسيكو وجدنا أن حوالى ثلثى التبـاين فى نتائج ستة أشهر من الشراب يمكن التنبؤ بها من درجة المواجدة التى يظهرها المرشدون خلال العلاج(٦). ولا تزال مواجدة المرشد مفسرة لنصف التباين فى النتائج بعد اثنى عشر شهراً، وربع التباين بعد ٢٤ شهراً من العلاج(٧). وقد سجل باحثون آخرون تأثيرات مشابهة لمواجدة المرشد(٨). وبالعكس، ارتبط الإرشاد من خلال المواجهة بمعدل مرتفع من الانتكاسة ونتائج رديئة نسبياً. وفى دراسة أخرى بجامعة نيومكسيكو(٩) استطعنا من خلال رصد سلوك مرشد واحد التنبؤ بكمية استهلاك العملاء للكحول بعد عام من العلاج: كلما كان المرشد مواجهًا خلال العلاج، زاد المريض فى الشراب.

يبدو أن خصائص أسلوب الإرشاد تظهر نفسها مبكراً فى عملية العلاج، وبالفعل يكون لها تأثير دال خلال جلسة واحدة. وتميل العلاقة العلاجية إلى الثبات بشكل سريع نسبيًا، كما تتنبأ طبيعة علاقة المرشد بالعميل فى الجلسات المبكرة بامتداد العلاج ونتيجته. وأيا كان ما يحدث فى أثناء العلاج، فإنه يحدث مبكراً.

---

١ overidentification.

٢ Skillful reflective listening.

لا تعد هذه الرؤية جديدة، فمن المعروف لعقود مضت أن هناك عوامل "غير نوعية"[1] تسهم فى العلاج والاستخدام الأصلى لهذا المصطلح اعتبر أن مثل هذه العوامل ليست نوعية بالنسبة لطرق معينة من العلاج، لكنها تشمل جميع أساليب العلاج، وهذه العوامل، فى جوهرها، تمثل تلك العناصر السرية للشفاء التى يُفترض أن تكون موجودة فى كل أشكال العلاج.

ومع ذلك لا يوجد ما هو غامض حول العوامل غير النوعية، ولكن من وجهة نظر أخرى يعنى هذا المصطلح ببساطة أن هذه العوامل المحددة للنتائج لم تحدد بعد على نحو كاف. "العوامل غير النوعية" هى مبادئ غير محددة للتغيير. فإذا كانت هذه العوامل تشكل جزءاً كبيراً من نجاح العلاج فمن المهم أن تكون محددة وخاضعة للبحث والمناقشة والتعلم. وليس من الآمن افتراض أن كل الممارسين على نحوٍ ما يعرفون هذه المبادئ ويمارسونها. والقول إن هذه المبادئ للتغيير مهمة، بغض النظر عن التوجه النوعى، لا يعنى أنها تظهر بشكل متساوٍ فى جميع المناحى العلاجية أو الإكلينيكية. فى الواقع يختلف المرشدون كثيراً فى فعاليتهم وفى طرق العلاج النوعية وتتباين الفلسفات فى المدى التى تساند به أساليب علاجية (أو ضد علاجية)[2] معينة.

تأثيرات قائمة الانتظار

ظهر جزء آخر من اللغز من البحوث التى كانت تستعين بمجموعة ضابطة فى قائمة الانتظار كمعيار يقارن من خلاله تأثير العلاج، وكان هذا الاختيار مفضلاً أخلاقياً عن شرط وضع مجموعة ضابطة بدون علاج، حيث يقدم العلاج للمسجلين فى هذه المجموعة (مجموعة قائمة الانتظار) متأخراً بدلاً من الحرمان من العلاج تماماً. وفى الواقع، تحدث قائمة الانتظار بشكل طبيعى فى برامج العلاج المجتمعية، حيث يتعدى الطلب الموارد المتاحة.

---

١ nonspecific.

٢ Countertherapeutic.

استخدمت دراسات عديدة شروط قائمة الانتظار كضابط لتقييم فعالية تدخلات المساعدة الذاتية أو المساعدة المختصرة بين الباحثين عن المساعدة. وقد أدت قائمة الانتظار عملها بشكل جيد كمجموعة ضابطة؛ ففى الغالب يظهر العملاء على قائمة الانتظار تغييراً طفيفًا أو لا يظهرون أى تغيير على الإطلاق خلال فترة الانتظار، وذلك على عكس الذين تقدم لهم مواد المساعدة الذاتية ويتلقون تعليمات بإحداث التغيير بأنفسهم، حيث يفعلون ذلك بشكل نموذجي، وتكون النتيجة على نهاية فترة الانتظار وجود فرق كبير بين مجموعات التدخل المختصر والمجموعات الضابطة.

ومع ذلك، ما هو غريب بعض الشيء هو أن الساعين إلى المساعدة عادةً ما ينجرفون نحو التغيير الإيجابى بغض النظر عن العلاج الذى يتلقونه. وحتى الذين يدخلون ضمن مجموعات ضابطة لا تتلقى أى علاج غالبًا ما يظهرون بعض التحسن وإن كان أقل من التحسن الذى تظهره مجموعات تلقت علاجًا. وعلى الرغم من ذلك لم يظهر المسجلين فى قائمة الانتظار فى دراساتنا أى تغيير على الإطلاق[١٠].

هناك افتراض واحد لما يحدث هنا وهو أن الأفراد فى مجموعة قائمة الانتظار يفعلون ما يطلب منهم تماماً: إنهم ينتظرون بالفعل والرسالة الضمنية هنا هو أن تحسنهم غير متوقع حتى يتم علاجهم، وعندما يتم علاجهم فى النهاية فلابد أن يتحسنوا. ويشير ذلك إلى إمكانية التدخل (فى هذه الحالة من خلال وضع الأفراد على قائمة الانتظار) بالطريقة التى تجعل الأفراد أقل عرضة للتغيير من لو تركناهم دون تدخل.

يتفق ذلك مع دراسة المواجدة لدى المرشد التى وصفناها مبكراً، فعندما قارنا معدلات تحسن المرضى تبعًا للمرشدين وجدنا تباينًا عريضًا (من ٢٥٪ إلى ١٠٠٪). وكان لدينا فى هذه الدراسة أيضًا مجموعة تلقت أنشطة مساعدة ذاتية ورجعوا إلى بيوتهم ليعملوا بطريقتهم. وفى المتوسط، أظهر العملاء الذين يعملون مع مرشدين والذين يعملون بطريقتهم الخاصة نتائج مماثلة، غير أن المتوسطات يمكن أن تكون مضللة. فالذين تم علاجهم من خلال مرشدين مرتفعى المواجدة حققوا معدلات نجاح أعلى من الذين تلقوا مساعدة ذاتية، وبالعكس، الذين تم علاجهم بواسطة مرشدين

منخفضى المواجدة كانوا أقل تحسنًا من لو كانوا تركوا للعودة إلى ديارهم ومعهم كتاب جيد يقرءونه.

يبدو أن الطريقة التى يتواصل بها المرء يمكن أن تجعله أكثر أو أقل قابلية للتغيير.

تأثير حديث التغيير[1]

قد يتفق معظم المعالجين[2] على أن من لديهم مقاومة هم أقل احتمالية للتغيير، وفى الواقع كلما كان الشخص أكثر جدلاً ضد التغيير خلال جلسة الإرشاد، كانت احتمالية التغيير أضعف(١١).

وبشكل عام، ما يقوله الأفراد خلال الجلسة حول إمكانية التغيير يرتبط بما سيحدث بالفعل من تغيير. اسأل الأفراد عن مدى ثقتهم بنجاحهم فى عمل تغيير معين، وستكون إجابتهم منبئًا جيدًا لما سيحدث بالفعل. أعطهم استبيانًا فى بداية الإرشاد تسأل فيه عن مستوى استعدادهم للتغيير وستتنبأ درجات توقعهم بحجم التغيير فى المتابعة(١٢).

ما يقدره قليل من العملاء هو المدى الذى يؤثر عنده أسلوب الإرشاد فى حديث التغيير أو المقاومة، حيث يزيد الإرشاد بطريقة مباشرة ومواجهة من مقاومة العميل ويخفض الإرشاد المتمعن[3] المساند[4] مقاومة العميل ويزداد حديث التغيير. فى إحدى الدراسات(١٣)، انتقل المرشدون عن قصد ذهابًا وعودة بين هذين الأسلوبين فى سلاسل زمنية من اثنتى عشرة دقيقة خلال الجلسات. وقد زادت سلوكيات المقاومة جوهريًا

---

١ Chang-talk.
٢ Clinicians.
٣ Reflective.
٤ Supportive.

خلال فترات المواجهة وانخفضت عندما تحول المرشد إلى أسلوب التمركز حول العميل[١]. وفى دراسة أخرى تستخدم نفس نظام التسجيل لسلوكيات المرشدين والعملاء(١٤)، أظهر الكحوليون المسجلون عشوائيًا فى إرشاد المواجهة مستويات أعلى من المقاومة (مثل الجدل وتغيير الموضوع والمقاطعة وإنكار المشكلة)، وذلك أكثر من أولئك الذين تلقوا مزيدًا من طريقة مقابلة الدافعية المتمركزة حول العميل.

وضع الأجزاء معًا: نحو فهم دافعى للتغيير

كيف يمكَن أن نضع كل هذه القطع من الشكل معًا؟

يحدث التغيير بشكل طبيعى.

إن ما يحدث بعد التدخلات الرسمية (الإرشاد والعلاج الطبى والعلاج النفسى وغيرها) يعكس التغير الطبيعى أكثر من وجود شكل فريد من أشكال التغيير.

ومع ذلك، فإن احتمالية عدم حدوث التغيير تتأثر بشدة بالتفاعلات الشخصية[٢]. حتى الإرشاد المختصر نسبيًا يمكن أن يبدأ التغيير - وهو أشد اختصارًا بالنسبة لمعظم الأفراد من أن يجعلهم يكتسبون مهارات مواجهة أو تتغير شخصياتهم.

عندما يحدث تغيير فى السلوك فى أثناء العلاج، فإن كثيرًا منه يحدث خلال الجلسات القليلة الأولى وفى المتوسط لا يشكل العلاج كل هذا الفرق.

يعد المعالج بالنسبة للعميل محددًا مهمًا للتسرب من العلاج والاستمرار فيه والالتزام به ونتيجته.

ويبدو على وجه التحديد أن أسلوب الإرشاد المبنى على المواجدة ييسر التغيير وغيابه يعوقه.

---

١ Client-centered style.

٢ Interpersonal interaction.

من يعتقدون أنهم على الأرجح سيتغيرون يتغيرون بالفعل، وكذلك الذين يعتقد معالجوهم أنهم على الأرجح سيتغيرون يتغيرون أيضًا، أما الذين يتلقون توقعًا بعدم التحسن لا يتحسنون بالفعل.

ما يقوله الأفراد عن التغيير مهمًا. العبارات التى تعكس دافعية للتغيير والالتزام به تتنبأ بتغيير لاحق للسلوك، بينما ينتج عن العبـــارات المضادة (المقاومة) تغيير أقل. وكلا النوعين من الحديث يمكن أن يتأثر جوهريًا بالأسلوب الشخصى فى التفاعل (الإرشـــاد).

إحدى الطرق لوضع أجزاء اللغز معًا هو التفكير فى الدافعية بوصفها عاملاً أساسيًا للتغيير. وهناك مبرر لهذا التفكير، فغالبًا ما يعتبر مستوى الدافعية للتغيير منبئًا جيدًا للنتيجة. وقد تتأثر الدافعية بعديد من العوامل الشخصية وغير الشخصية التى تحدث بشكل طبيعى كما تتأثر أيضًا بالعوامل النوعية للتدخل، ويبدو أنها حساسة بشكلٍ خاص لأساليب التفاعل الشخصية. ولا يبدو أن الأساليب المختصرة الفعالة تكون طويلة بالشكل الكافى لتعلم مهارات جديدة أو حدوث تغيير فى الشخصية، غير أنها تكون بالقدر الكافى لتؤثر على الدافعية للتغيير. ولكن ما الدافعية؟

مستعد[١] وراغب[٢] وقادر[٣]

لعل هناك حكمة فى اللغة الطبيعية، والتى تحتوى فى الإنجليزية على عبارة "مستعد وراغب وقادر" على التواصل بمستوى مرتفع من الدافعية للتغيير. وهذا يعنى أن هناك على الأقل ثلاثة مكونات للدافعية هى: الاستعداد والرغبة والقدرة.

١ ready.
٢ willing.
٣ able.

راغب: أهمية التغيير

أحد عوامل التغيير هو إلى أى مدى يريد الشخص التغيير وإلى أى مدى يرغب فيه وإلى أى مدى هو قادر عليه. نميل إلى الحديث عن هذا البعد بوصفه الأهمية المدركة لتغيير معين.

يمكن رؤية هذا البعد بوصفه درجة التباين بين الحالة الراهنة والهدف، وكذلك التباين بين ما يحدث فى الحاضر وما يتوقعه المرء فى المستقبل. فالتباين يعد مفهوماً مفتاحياً داخل نظرية تنظيم الذات[1](15)؛ التى تفترض عملية رصد ذاتى[2] مستمر يشبه كثيراً مقياس الحرارة (الترموستات). طالما الواقع الحالى فى الحدود المرغوبة، فليس هناك حاجة للتغيير. وعندما يكتشف المرء قيمة خارج الحدود المقبولة يندفع نحو التغيير، وعندما تبتعد الموضوعات بشكل كافٍ عن المثال المتوقع أو المرغوب تبدأ الدافعية للتغيير.

وأحياناً ما يُنظر إلى المستويات المنخفضة من الأهمية المدركة للتغيير بوصفها مرضية[3]، حيث يكون العميل "مقاوماً" أو "فى إنكار". ومن الأفضل أن نعتبر لذلك قيمة سطحية، حيث يعد انخفاض التباين الكافى لتحريك الفعل مرحلة عادية فى عملية التغيير (انظر الفصل الخامس عشر). ويشير ذلك إلى أن ما يجب أن يفعله المرء فى هذه الحالة، للتحريض على التغيير، هو توسيع التباين: زيادة الأهمية المدركة للتغيير.

وبالطبع، ليس الأفراد كلهم بهذه البساطة. فكل شخص لديه مجموعات من القيم الأساسية المنتظمة هرمياً(16)، وتنطوى كل قيمة على حالة مرغوبة: قد تكون بعض هذه القيم متناقضة بشكل متبادل، كما أن أهمية أى تغيير هى جزء واحد فقط من أجزاء المشكلة اللغز.

---

١ Self-regulation theory.

٢ Self-monitoring.

٣ pathology.

قادر: الثقة فى التغيير

يشعر المرء أحياناً بالرغبة فى التغيير لكنه لا يقدر عليه. فغالباً ما يعرف المدخنون والبغايا مخاطر سلوكهم وأهمية تغيير هذا السلوك، غير أن الكثيرين منهم يشعرون بالتشاؤم حيال فرصتهم فى التغيير. "أتمنى أن أستطيع" يعنى أن يكونْ المرء لديه هذا المزيج من الأهمية المرتفعة للتغيير وانخفاض الثقة فى القدرة عليه.

وهنا، مرة أخرى، تعد نظرية التنظيم الذاتى مفيدة؛ فحين يصبح التباين كبيراً بالقدر الكافى وتظهر أهمية التغيير يبدأ البحث عن الطرق الممكنة للتغيير. وإذا كان هناك أهمية كافية للتغيير، ووجد الأفراد سبيلاً له يعتقدون أنه سيوصلهم إليه (فعالية عامة)[1] ويدركون أنهم قادرون على عمل التغيير (فعالية ذاتية) فإنهم سوف يتبعون هذا السبيل من خلال تغيير السلوك. أما إذا انتبه الشخص للتباين وهو يدرك أنه لا سبيل للتغيير يحدث بالتالى شيئًا آخر فبدلاً من تغيير السلوك يلجأ الأفراد فى هذه الحالة إلى خفض شعورهم بالانزعاج من خلال تحويل عمليات الفكر والإدراك إلى طريقة يطلق عليها فى الغالب "دفاعية"[2]. حيث تعكس "آليات الدفاع" التقليدية التى تصفها أنا فرويد Anna Freud الأنماط التالية: الإنكار[3] ("حقًا إنه ليس أمراً سيئًا جداً") والتبرير[4] ("لم أرغب فيه على أية حال") والإسقاط[5] ("إنها ليست مشكلتى بل مشكلتهم").

١ General efficacy.
٢ defensive.
٣ denial.
٤ rationalization.
٥ projection.

مستعد: مسألة أولويات

قد نعتقد أن المزيج من ارتفاع الأهمية والثقة يكون كافيًا لحفز التغيير، ولكن الأمر ليس كذلك بالضرورة، فمن الممكن أن يكون المرء لديه نية للتغيير وقادر عليه غير أنه ليس على استعداد لعمله. حيث يقول "الإقلاع عن التدخين مهم بالنسبة لى" "لكنه ليس أهم شيء الآن". ومع افتراض وجود الأهمية المناسبة للتغيير والثقة فى القيام به ووجود هذا البعد الثالث (الاستعداد) يفرض ذلك على المرء عمل التغيير مع وضع الأولويات النسبية فى الاعتبار: "أرغب فى التغيير ولكن ليس الآن".

وأحيانًا ما يُرى انخفاض الاستعداد على أنه، مثل انخفاض الأهمية، علامة مرضية. حيث تصبح عبارة "سأقلع عن هذا الأمر غدًا" رمزًا للخداع الذاتى[1]. ومرة أخرى تكون الأولويات النسبية جزءًا من الأداء الوظيفى الإنسانى ويمكن رؤية انخفاض الاستعداد ليس بوصفه علامة شخصية، بل بوصفه معلومة عن الخطوة التالية فى اتجاه التغيير.

هذه العناصر الثلاثة كلها - الاستعداد والرغبة والقدرة - يمكن أن تكون مصادرًا للورطة التى تظهر فى عبارة "نعم، ولكن....." - ظاهرة التناقض الوجدانى[2] - التى سنتناولها فى الفصل الثانى.

ما الذى يحفز التغيير؟

يبدو الاعتقاد الشعبى الأساسى داخل بعض الثقافات والثقافات الفرعية: أن الدافع الأولى للتغيير هو تجنب عدم الراحة. أى إذا استطعت أن تُشعر الأفراد بالسوء بما يكفى فإنهم سيتغيرون. عاقب السلوك غير المرغوب واسحب الألم عندما يتوقف السلوك غير المرغوب. وبذلك سيكون الأفراد مدفوعين نحو التغيير بسبب شعورهم بقدر

---

١ Self-deception.

٢ ambivalence.

كافٍ من عدم الراحة أو الخزى[1] أو الذنب أو الفقدان أو التهديد أو القلق أو الإهانة. وهذه الرؤية هى التى بررت تجاوزات "العلاج الهجومى"[2] المواجه فى المعسكرات "العلاجية". تبعًا لهذه الرؤية لا يتغير الأفراد، لأنهم لم يعانوا بما فيه الكفاية.

نحن نقترح الآن فهمًا مختلفًا تمامًا للدافعية؛ حيث لم يتعرض عديد من العملاء الذين رأيناهم لأية معاناة، فلم تكن الإهانة والخزى والشعور بالذنب والكمد هى المحركات الأولية للتغيير. ومن الطريف أن مثل هذه الخبرات يمكن أن تعرقل الشخص وتبعده عن التغيير. ويبدو، بدلاً من ذلك، أن التغيير الإيجابى فى السلوك يظهر عندما يربط الشخص هذا التغيير بقيم جوهرية أو بشىء مهم أو عزيز لديه. حيث ترتفع الدافعية للتغيير فى جو من القبول والتمكن يجعل هذا التغيير آمنًا بالنسبة للشخص لاستكشاف حاضر ربما يكون مؤلمًا بمقارنته بما هو مرغوب وما هو ذا قيمة بالنسبة له. وغالبًا ما يظل الأفراد عالقين ليس بسبب إخفاقهم فى تقدير الجانب السلبى فى موقفهم، ولكن بسبب شعورهم بوجود سبيلين على الأقل، والطريق للخروج من هذه المتاهة يتعلق باستكشاف واتباع ما يخبره الفرد وما يهم حقيقة من منظوره هو.

١ shame.

٢ Attack therapy.

الهوامـــش

(1) Bien, Miller, and Tonigan (1993); Miller (2000).
(2) Glasgow and Rosen (1978); Gould and Clum (1993).
(3) Rogers (1959).
(4) Manohar (1973).
(5) Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, and Auerbach (1985); Miller, Taylor, and West (1980); Truax and Carkhuff (1967); Truax and Mitchell (1971); Valle (1981).
(6) Miller et al. (1980).
(7) Miller and Baca (1983).
(8) Valle (1981).
(9) Miller, Benefield, and Tonigan (1993).
(10) Harris and Miller (1990); Schmidt and Miller (1983).
(11) Miller et al. (1993).
(12) Project MATCH Research Group (1997a, 1997b).
(13) Patterson and Forgatch (1985).
(14) Miller et al. (1993).
(15) Brown (1998); Kanfer (1986); Miller and Brown (1991).
(16) Rokeach (1973).

الفصل الثانى

التناقض الوجدانى ورطة التغيير

"من أين أتى الحكماء بفكرة أن رغبات الإنسان يجب أن تكون سوية وعفيفة؟ ولماذا تصوروا أنه يجب أن يرغب الإنسان فيما هو معقول ومربح؟"

- Fyodor Dostoyevsky, From the underground

أرغب ولا أرغب

يعد الشعور بطريقتين نحو شيءٍ ما أو شخصٍ ما خبرة شائعة وفى الواقع يصعب تخيل وجود شخص لا يشعر بالتناقض حيال أى شيء. فالشعور الواضح مئة فى المئة اتجاه شيء ما مهم ربما يكون استثناءً أكثر منه شعوراً معتاداً.

وكثيراً ما تتجلى ظاهرة التناقض الوجدانى هذه فى الصعوبات النفسية، فمثلاً، قد يقول شخص يعانى من رهاب الأماكن المفتوحة[1]، "أريد أن أخرج غير أننى مرعوب من أننى سأفقد السيطرة"، وكذلك أيضًا قد يعبر شخص، منعزل اجتماعيًا وغير سعيد ومكتئب، عن التناقض الوجدانى بقوله: "أريد أن أكون مع الآخرين وعمل صداقات أقوى، إلا أننى لا أشعر بأنى شخص جذاب أو جدير بالاهتمام". يلعب التناقض الوجدانى دوراً محورياً أكثر مع مشكلات معينة؛ فالشخص الذى لديه

---

١ agoraphobia.

علاقات خارج إطار الزواج يتأرجح ما بين الزوج والمحب فى تناقض انفعالى شديد، والشخص الذى يغسل يديه أو يدقق فى الأشياء بشكل قهرى قد يرغب بشكل متقطع تجنب هذا الطقس المعوق مرة بعد أخرى غير أنه يشعر بأنه مدفوع بالخوف. ويعد مثل هذا الصراع (الإقدام - الإحجام) سمة فى السلوكيات الإدمانية أيضًا، فالذين يعانون من الكحولية أو إدمان مخدر أو شره عصبى أو مقامرة مرضية غالبًا ما يعرفون المخاطر والخسائر والأذى الناتج عن سلوكهم، ومع ذلك فإنهم لأسباب متنوعة يظلون متصلين ومنجذبين تمامًا إلى السلوك الإدمانى، فهم يريدون الشراب (أو التدخين أو تقيؤ الطعام بعد أكل كميات كبيرة منه أو المقامرة)، وهم لا يريدون عمل ذلك أيضًا حيث يريدون التغيير وفى نفس الوقت لا يريدونه.

من السهل إساءة تفسير صراع التناقض هذا بوصفه مرضيًا لنصل إلى أن هناك شيئًا خاطئًا بالنسبة لدافعية الشخص وحكمه ومعرفته وحالته النفسية، والاستنتاج المنطقى من هذه الطريقة فى التفكير هى أن الشخص بحاجة لتعلم الحديث عن مسار مناسب لعمل التغيير والاقتناع به. وسنشرح الحدود العملية لهذا الاستنتاج فى الفصل الثالث، ويكفى الآن القول بأننا ننظر إلى التناقض الوجدانى بوصفه جانبًا سويًا من الطبيعة البشرية، وفى الواقع يعد الدخول فى التناقض الوجدانى مرحلة طبيعية من مراحل التغيير. وعندما يعلق الأفراد فى التناقض الوجدانى تستمر المشكلات وتتفاقم، فالتناقض الوجدانى مكان معقول للزيارة، ولكنك لن ترغب فى الإقامة فيه.

من هذا المنطلق، قد يعد التناقض الوجدانى قضية مفتاحية لابد من حلها لحدوث التغيير، وأحد أسباب فعالية التدخلات المختصرة (انظر الفصل الأول) على وجه الدقة هى أنها تساعد الأفراد على التحرر من التناقض الوجدانى وتجعلهم قادرين على اتخاذ القرار للمضى قدمًا نحو التغيير. ومن ثم يمكن اعتبار "انخفاض الدافعية"، الذى غالبًا ما يثبط عمل متخصصى الصحة والمرشدين النفسيين والمعلمين، تناقضًا وجدانيًا لم يتم حله. ويعنى استكشاف التناقض الوجدانى العمل فى قلب مشكلة التعثر. وإلى أن يستطيع المرء حل معضلة "أريد ولكن لا أريد" من الأرجح أن يكون التغيير بطيئًا وقصير المدى.

التناقض الوجدانى والصراع

يعد الصراع مفهومًا مهمًا فى عديد من النظريات، وتصنف الصراعات إلى ثلاثة: صراع الإقدام - الإقدام؛ حيث يجب على الشخص أن يختار بين موضوعين كليهما جذاب وتكون عوامل الاختيار المهمة كلها إيجابية، فهى مشكلة متجر الحلوى. وإذا كان على المرء أن يعيش صراعًا فعليه اختيار هذا النوع، وأحد الأمثلة على هذا النوع هو قرار قبول إحدى وظيفتين كل منهما مثير ومجزٍ.

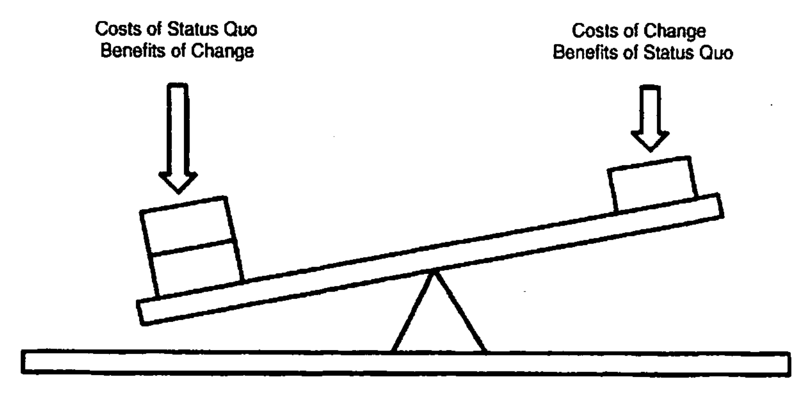
وعلى العكس من ذلك صراع الإحجام - الإحجام؛ فهو يعنى الاختيار بين موضوعين سيئين اثنين (أو أكثر من الاحتمالات)، وينطوى كلا الاختيارين على خوف أو ألم أو حرج أو أى عواقب سلبية أخرى ذات دلالة. حيث يقع الشخص "بين المطرقة والسندان" أو بين الشيطان والبحر العميق العكر" وتكون عوامل الاختيار المهمة كلها سلبية، أشياء نتجنبها. فمثلاً، فى مدينة مزدحمة أو حرم جامعى كبير ربما يكون على المرء الاختيار بين ركن سيارته بعيداً عنه بمسافة أو ركنها قريبًا منه مع تكلفة جراج باهظة الثمن.

ويظل صراع الإقدام - الإحجام هو الأكثر إزعاجًا، حيث يبدو أن هذا النوع من الصراع له قدرة خاصة على جعل الأفراد عالقين مكانهم كما أنه يثير مشقة كبيرة. فالشخص هنا يكون منجذبًا لنفس الموضوع ومدفوعًا عنه ويستخدم مصطلح "جاذبية قاتلة" لوصف هذا النوع من الحب: "لا أستطيع العيش معه ولا أستطيع العيش بدونه"، حيث ينخرط الشخص فى دورات متبادلة من رفض وقبول السلوك (العلاقة أو الشخص أو الموضوع). وتأثير التأرجح الناتج هو خاصية تقليدية لصراع الإقدام - الإحجام، فالمعارف والانفعالات والسلوكيات المتناقضة هى جزء طبيعى من أى موقف صراع إقدام - إحجام. وتوجد عديد من الأمثلة فى موسيقى الجاز الأمريكية وكلمات الأغانى الغربية والريفية (مثل "أنا بائس من دونك، وكأنك موجودة هنا"). وقد لحن فلتشر هندرسون Fletcher Henderson سنة ١٩٣٠ ساخرًا "تقول أسنانى الحلوة أريد بينما تقول أسنانى الحكيمة لا".

ومع ذلك فإن أعظم الصراعات هى صراع "الإقدام - الإحجام المزدوج"؛ حيث يكون الشخص ممزقًا بين بديلين (حبان أو أسلوبان من أساليب الحياة.. إلخ)، وكل بديل من البديلين ينطوى على جوانب إيجابية مغرية وجوانب سلبية قوية. وفى الوقت الذى يتحرك فيه الشخص نحو اختيار "أ" فإن مساوئ "أ" تبدو أكثر بروزًا بينما تلمع أكثر مميزات "ب"، وعندما يتحول ناحية "ب" تتضح أكثر الجوانب السلبية فى "ب" ويبدو "أ" أكثر جاذبية.

توازن القرار[1]

إحدى الطرق المساعدة لتوضيح التناقض الوجدانى هو استعارة التوازن أو الأرجوحة(١)، حيث يشعر الشخص بدوافع متصارعة لوجود مكاسب وخسائر مصاحبة لكلا الجانبين من الصراع (انظر شكل ٢-١). ويوجد نوعان من الأوزان فى كل جانب من الميزان: أحدهما له علاقة بإدراك مكاسب مسار فعل معين، والآخر بإدراك خسائر أو مساوئ هذا المسار (مثل تناول دواء لتخفيض ضغط الدم).



شكل (٢-١) توازن القرار: حساب المكاسب والخسائر

١ Decisional balance.

طريقة أخرى لتصوير ذلك هو من خلال صفحة التوازن التى يمكن استخدامها لتحديد ما يدركه الشخص من مكاسب وخسائر مصاحبة للسلوك. يعرض جدول (٢-١) مثالاً يتعلق بتعاطى الكحول، فى هذا الجدول يمكن أن تكون صفحة التوازن (ومن ثم طبيعة التناقض الوجدانى لدى الشخص) معقدة جداً، حيث يمكن أن تنطوى على مجموعة من الإيجابيات والسلبيات فى كل الاختيارات المتاحة للشخص. وكما هى طبيعة صراع الإقدام - الإحجام المزدوج، قد يشعر الشخص بالتناقض الوجدانى بغض النظر عن أى اختيار قام به فى الوقت الحالى.

شكل (٢-١) صفحة توازن القرار

الاستمرار فى الشراب كالسابق		التوقف عن الشراب	
الخسائر	المكاسب	الخسائر	المكاسب
ربما أفقد عائلتى	تساعدنى على الاسترخاء	سأفتقد نشوة الشرب	صراعات عائلية أقل
سأكون قدوة سيئة لأطفالى	الاستمتاع بالشراب مع أصدقائى	ماذا أفعل تجاه أصدقائى	قضاء مزيد من الوقت مع أطفالى
تدمير صحتى		كيف أتعامل مع المشقة	الشعور بالتحسن جسمانياً
تبذير كثير من المال			سيساعدنى ذلك فى المشكلات المالية
تدمير قدرتى العقلية			
ربما أفقد وظيفتى			
تضييع وقتى وعمرى			

ثمة خطر من التبسيط الشديد هنا؛ حيث لا نقصد أن الأفراد دائماً (أو حتى عادةً) ما يكونون على وعى بعملية التوازن هذه، أو حتى عندما يكونون على وعى بها سوف يتصرفون مثل المسئولين تجاه القرارت العقلانية. فهذه العناصر من صفحة التوازن لا تشبه كراسات أو دفتر العمل، فلا تتصورها بطريقة سهلة. ربما تتغير قيمة كل بند عبر الوقت، فالعناصر فى هذه القوائم متفاعلة والتغيير فى إحداها قد يسبب تحولاً فى العناصر الأخرى. وتقريباً بحكم التعريف ستكون صفحة التوازن مليئة بالتناقضات: "أعرف أن هذا سيئ بالنسبة لى، إلا أننى أحبه". "أحياناً أوقف نفسى وأحياناً أخرى أرغب فى ذلك إلا أننى لا أهتم". إن خبرة التناقض يمكن أن تكون مربكة ومحيرة ومحبطة.

السياق الاجتماعى

تؤثر العوامل الاجتماعية والثقافية على إدراك الأفراد لسلوكهم، كما تؤثر على تقييمهم للخسائر والمكاسب. وحتى بين الجيران والمجموعات الاجتماعية المختلفة داخل المدينة الواحدة، قد يتبنى الأفراد وجهات نظر مختلفة جداً عن إيجابيات وسلبيات نفس السلوك؛ ففى المملكة المتحدة مثلاً المعنى الاجتماعى والقيمة للشرب فى التجمعات قد يختلف بشكل قاطع عن الشرب فيما بين الحانات فى نفس المنطقة أو حتى داخل نفس الحانة. وفى بعض مجتمعات الولايات المتحدة وعند بعض الجماعات الفرعية، ينظر إلى الشرب الذى ينتج عنه فقدان ذاكرة وشجار وقىء فى الشارع وغيبوبة فى السيارة بوصفه جزءاً طبيعياً لوقت ممتع ليلة الجمعة. والسرقة وفقدان العمل والدخول فى المخاطر وتعاطى المخدرات تعد أكثر قبولاً داخل جماعات فرعية دون أخرى. وقد ينقل طلب استخدام الواقى الذكرى رسالة مختلفة تماماً إلى الشريك الجنسى تبعاً للسياق. فلا يمكن فهم توازن الدافعية والتناقض الوجدانى لدى الشخص خارج السياق الاجتماعى للأسرة والأصدقاء والمجتمع.

الاستجابات المتناقضة[1]

المسألة أيضاً أن الأفراد متناقضى الوجدان قد لا يستجيبون بطريقة منطقية، فبدون فهم ديناميات التناقض الوجدانى قد تبدو استجابات الأفراد لا منطقية ومحيرة.

ويوجد مثال شائع فى استراتيجية زيادة العواقب السلبية كرادع؛ حيث يبدو من المعقول أن فرض أشد العقوبة على سلوك معين لابد أن يخفض من جاذبيته. وفى سياق نموذج توازن القرار إضافة عواقب سلبية حادة إلى أحد الجوانب يؤدى

١ Paradoxical responses.

إلى التحول إلى الجانب الآخر. ومع ذلك، لا تسير الأمور دائمًا بهذه الطريقة؛ فى الواقع يمكن أن يحدث العكس. فمثلاً من الممكن أن يزداد تذمر أفراد الأسرة بدلاً من أن يحدث انخفاض فى السلوك. وفى تقريره التاريخى The fatal shore عن أستراليا فى قرنها الأول بوصفها مستعمرة عقوبات بريطانية أوضح روبرت هيوز Robert Hughes كيف تحمل المتهمون الضرب الوحشى والتعذيب ليستمروا فى تدخين التبغ وشرب الكحول. وقد اقتبس من الشعر الغنائى أغنية كانت مألوفة بين المتهمين الأستراليين فى القرن التاسع عشر:

اقطع اسمك عبر عمودى الفقرى

واجعل منى جلداً للطبل

واحرقنى حتى جزيرة بينجوت Pinchgut

من اليوم حتى تأتى المملكة !

سآكل نورفولك دامبلنج الخاص بك

مثل عصير الخوخ الإسبانى،

وحتى رقصة مزمار نوغت Newgate

فقط إذا أعطيتنى المسكر !

تعبر الأغنية بتحدٍ عن استعداد للتعذيب الخطر (كانت جزيرة بينجوت عبارة عن صخرة عارية فى منتصف ميناء سيدنى، حيث كان يقيد المحكوم عليهم دون طعام - ومن هنا جاء اسمها - معرضين للعوامل المناخية القاسية لفترة طويلة وللجلد بالأسواط (كانت "نورفولك دامبلنج" عبارة عن ١٠٠ جلدة من سوط عبارة عن تسعة أذيال قطط مثبتة فى قطعة من الصلب) وحتى الإعدام (تشير "رقصة مزمار نوغت" إلى حركة أقدام رجل مشنوق فى الهواء)، وذلك للحصول على المسكر. ويعرف المعالجون

جيداً أن الأفراد ذوى مشكلات الكحول والمخدرات يصرون بالمثل على عاداتهم على الرغم من الخسائر والمعاناة الشخصية الهائلة. ومن الواضح أن زيادة طفيفة فى عواقب مؤلمة لا تؤدى دائمًا إلى توقف مثل هذا السلوك، حيث تبدو مثل هذه العواقب أحيانًا مقوية ومرسخة لنمط هذا السلوك.

كيف يمكن ظاهريًا أن تحدث مثل هذه الاستجابة المناقضة للمنطق؟ تتنبأ نظرية رد الفعل النفسية[1](3) بزيادة فى معدل السلوك "المشكل" وجاذبيته إذا كان الشخص يدرك أن حريته يتم انتهاكها أو تحديها. وقد تؤدى التأثيرات الثانوية للتغيير داخل البيئة الاجتماعية للشخص إلى تحولات ضارة. على سبيل المثال، قد يحرم انهيار الزواج الشخص – وهو خسارة رهيبة على ما يبدو – من المساندة الاجتماعية الوحيدة التى عملت على ردع السلوك غير الصحى، مما يؤدى إلى زيادته أكثر من أى وقت مضى. فإذا كانت كل مصادر الدعم الاجتماعى مستغلقة، قد يصر الشخص على البحث عن المكافأة الوحيدة المتبقية، وإن كانت الخسارة كبيرة. لا تعد مثل هذه الاستجابات المتناقضة ظاهريًا غامضة ولا تعتبر مرضية بشكل فريد، حيث يوجد داخل ديناميات التناقض الوجدانى أوجه غير مفهومة تمامًا ولا يمكن التنبؤ بها حتى من الطبيعة الإنسانية.

يوفر لنا فهم ديناميات التناقض الوجدانى، بالتالى، بديلاً عن النظر إلى الأفراد بوصفهم (ولومهم على ذلك) "ليس لديهم دافع". حيث دائمًا ما يكون لدى الأفراد دافع لشيء ما، ويظهر الصراع عندما يكون لفردين دافع نحو هدفين مختلفين. قد يكون هذان الشخصان طبيبًا ومريضًا أو والدًا وطفلاً أو زوجة وزوجًا أو مرشدًا وعميلاً. وعندما يظهر مثل هذا الصراع ربما يفكر أحد الأشخاص فى الآخر على أنه "يفتقر إلى الدافع".

---

١ The theory of psychological reactance.

الاستعداد لماذا؟

ليس السؤال المناسب هو "لماذا لا يوجد دافع لدى هذا الشخص؟" بل "ما هو الدافع لدى هذا الشخص؟" فليس من الحكمة افتراض أنك تعرف بالفعل خسائر ومكاسب موقف شخص آخر، أو الأهمية النسبية التى وضعها الشخص فى هذه العوامل. فمشكلات المعدة التى تسببها مشقة العمل أو الشرب ربما يراها البعض على إنها إنذار فى حين أن البعض الآخر قد يعتبرها "مجرد ناتج مصاحب"، والتهديد بالغرامة والسجن من شأنه أن يردع كثيرين من الانخراط فى سلوك غير قانونى، ولكن بالنسبة لآخرين فهى مجرد مخاطرة، وهى جزء من خسائر العمل. فما هو محل تقدير كبير بالنسبة للبعض (مثل كونى موفور الصحة أو موظفًا أو محبوبًا أو مرهف الحس أو تقيًا) ستمثل أهمية أقل بالنسبة لآخرين واكتشاف دوافع الفرد وفهمها يعد أول خطوة مهمة نحو التغيير.

ومع نظرة محددة للتغيير، من المهم أن نفهم ماذا يدرك الشخص وما يتوقعه من نتائج المسارات المختلفة للفعل: ماذا سيحدث إذا استمر (أو استمرت) فى طريقها الحالى، مثلاً، أو سلك طريقًا جديدًا؟ لدى الأفراد توقعات معينة عن النتائج المحتملة، سواء إيجابية أو سلبية، للمسارات الأساسية للفعل. وقد يكون لهذه التوقعات تأثير قوى على السلوك. فالشخص الذى يرغب وهو يائس فى التوقف عن التدخين ربما يظل لا يبذل أى جهد لعمل ذلك للاعتقاد بأن مثل كل هذه الجهود لا طائل منها. وربما لا يرغب المقامرون النظر فى مسألة الإقلاع عن المقامرة، لأنهم يدركون (سواء عن صواب أو خطأ) أن حماس المقامرة هو أكبر مصدر للإثارة يعرفونه وحياتهم بدونه ستكون مملة.

ومن ثم، بدلاً من التركيز على لماذا لا يريد هذا الشخص تغييراً معينًا، يكون من المنطقى استكشاف ماذا يريد. ولا يعد هذا إهمالاً لموضوع التغيير بل يضيف سياقًا للتغيير. فأحيانًا لا يحدث التوافق فى المسار السلوكى حتى يدرك الأفراد أن التغيير متعلق بإنجاز أو الحفاظ على شىء مهم بالفعل لديهم أو عزيز بالفعل عليهم.

وهذه هى الحالة أيضًا عندما توجد سبل متعددة للاقتراب من هدف مرغوب. فقد يقرر الشخص الذى يعانى من ضغط دم مرتفع بشكل طفيف عمل تغييرات غذائية (مثل الحد من تناول الملح والكافيين) أو إنقاص الوزن أو خفض المشقة أو زيادة التدريبات أو التأمل أو الدواء. فإذا أعطيت للشخص إحدى هذه الوصفات ربما لم يكن لديه "الدافع" لاتباعها، حتى مع رغبته فى خفض ضغط الدم. يمكن أن تتباين الدافعية تبعًا للمسار المعين للفعل الذى تم إقراره. فقد يتيح توفير الاختيار بين استراتيجيات للمحاولة للشخص إيجاد استراتيجية مقبولة كنقطة بداية.

تتباين الدافعية أيضًا عبر غايات محددة مثل تباينها عبر الوسائل. فالشخص الذى يتناول عقاقير مشروعة وغير مشروعة ربما يكون غير مهتم كليًا بتغيير إحداها ويرغب فى خفض أخرى ولديه دافع قوى للتوقف عن تناول ثالثة. والإصرار على أن ينقطع هذا الشخص عن كل العقاقير يمكن أن يكون عائقًا فى سبيل تحقيق تغييرات إيجابية (وما يصاحبها من انخفاض للضرر) يرغب الشخص فى إنجازها.

باختصار. يعد التناقض الوجدانى خبرة إنسانية عامة ومرحلة فى العملية الطبيعية للتغيير. كما أن بقاء المرء عالقًا فى التناقض الوجدانى هو خبرة عامة أيضًا، ومن الممكن أن تكون صراعات الإقدام - الإحجام صعبة الحل بشكلٍ خاص بالنسبة للفرد، وقد يكون حل التناقض الوجدانى مفتاحًا للتغيير. وفى الواقع بمجرد ما يُحل التناقض الوجدانى فإننا نحتاج القليل لحدوث التغيير. ومع ذلك، قد تؤدى محاولات لفرض حل فى اتجاه معين (سواء عن طريق الإقناع المباشر أو من خلال زيادة العقاب على فعل ما) إلى استجابة لا منطقية، بل قد تقوى السلوك الذى كان المقصود خفضه.

الهوامش

(1) Janis and Mann (1977).

(2) Hughes (1987).

(3) Brehm and Brehm (1981).

الفصل الثالث

تيسير التغيير

أى شخص يدخل طوعًا إلى ألم شخص غريب عليه هو حقًا
شخص رائع.

- Henri J.M. Nouwen, In Memoriam

تمعن الاستقامة

يبدو أن البشر لديهم رغبة مبنية داخلهم لوضع الأمور فى نصابها الصحيح. ويتباين هذا الميل من شخصٍ لآخر ومن سياقٍ لآخر، وهناك تقاليد دينية وثقافية كاملة، مثل البوذية، يُشجع فيها منع هذه الرغبة من التدخل. ومع ذلك، من الشائع عندما نرى شيئًا غير صحيح أن تكون لدينا الرغبة فى إصلاحه. فعندما يدرك الأفراد الفرق بين ما عليه الأشياء وما يجب أن تكون عليه، فإنهم يميلون لخفض هذا التباين إذا بدا من الممكن عمل ذلك.

وربما يميل من يعمل بشكلٍ خاص فى مهن المساعدة والصحة والتعليم لوضع الأمور فى مكانها الصحيح، فهذه الرغبة هى التى تشد الأفراد لمثل هذه المهن فى الأساس. انظر إلى شخص يمشى على غير هدى أو حتى يسير بلا هدف ستجد فى المقابل ما يدفعه ليعود إلى الطريق الصحيح. إنها رغبة نبيلة، على الرغم من الفرق المؤكد بين الأفراد فيما هو الطريق الصحيح.

لنتأمل الآن ماذا يحدث عندما يتقابل شخص يدعو للاستقامة نطلق عليه «أ» مع شخص يعانى من تناقض وجدانى نسميه «ب». بينما يتحدث «ب» مع «أ» حول ورطة التناقض الوجدانى فإن «أ» يكون رأيًا حول المسار الصحيح للفعل الذى يجب أن يتخذه «ب» ومن ثم يسرع «أ» فى تقديم مشورة أو تعليم أو إقناع أو جدال يتعلق بهذا الحل لـ «ب» الذى يعانى من التناقض الوجدانى. ليس المرء فى حاجة إلى دكتوراه فى علم النفس لتوقع الاستجابة المحتملة لـ «ب» فى هذا الموقف؛ فبحكم التناقض الوجدانى يكون «ب» عرضة لاتخاذ موقف عكسى أو على الأقل يشير إلى المشكلات وأوجه القصور فى الحل المقترح، ومن الطبيعى بالنسبة له أن يفعل ذلك، لأنه يشعر بطريقتين على الأقل تجاه هذا الحل أو أى حل مقدم له. إنها الطبيعة المؤكدة للتناقض الوجدانى.

ماذا يحدث بعد ذلك؟ ربما يستجيب «أ» للتحدى بزيادة حجم ما يطرحه ويجادل بقوة أكثر فى الحل المقترح، وربما يكون الميل أقوى لعمل ذلك بصفة خاصة إذا اعتبر «أ» أن «ب» "فى إنكار" أو "مقاومة" أو عاجز عن رؤية الحقيقة. وبالطبع ستكون الاستجابة الطبيعية لـ «ب» هى التمعن فى رد الفعل المعاكس أو ربما يبدأ فى تجنب الإزعاج أو الانسحاب منه – وفى كلا الحالتين يؤكد تشخيص «أ» له بأنه فى حالة إنكار أو مقاومة أو تمرد.

ومع ذلك، لا يأخذ كل «أ» الوضع القتالى، حيث تكون استجابة طبيعية لـ «أ» أن يعرض حلولاً بديلة: "حسنًا، اتفقنا، إذن ماذا عن هذا الاختيار؟" متناولاً حلاً آخر ممكن للمشكلة. ومرة أخرى من السهل توقع سيناريو الخطوة التالية لـ «ب»؛ فمن المرجح أن يكون لديه بديل "نعم، ولكن..." تعبيراً عن الجانب الآخر للتناقض الوجدانى. وأيا من الطريقتين سيتخذهما «أ» – جدالاً بقوة عن حله المفضل، أو خروجًا إلى حلول أخرى ممكنة – من المرجح أن تنتهى المحادثة لكليهما بعدم الرضا والإحباط. ومن الممكن أيضًا أن يكون لها تأثير مضاد بحيث تدفع «ب» أكثر فى اتجاه مضاد لما يقصده «أ».

لماذا لا تعمل الدعوة المباشرة فى هذا الموقف؟ إن ما يفعله «أ» و«ب» فى جوهره هو تجلٍ للتناقض الوجدانى لـ «ب». حيث يأخذ «أ» جانبًا ويستجيب «ب» بشكل طبيعى بالدفاع عن الجانب الآخر. وربما يكون لذلك بعض الأسس النفسية الدرامية، حيث

يمثل مبدأ مهمًا من مبادئ علم النفس الاجتماعى: كلما جادل شخص ما عن تصرفه فى موقف ما، فإنه يصبح أكثر التزامًا به. وبلغة نظرية الإدراك - الذاتى[1] (١)، "فى الوقت الذى أسمع نفسى فيه أتعلم ما أؤمن به". وفى لغة الحياة اليومية فإن حديثنا لأنفسنا يستدرجنا للإيمان به. فإذا تم دفع «ب» لتبنى الجانب المقابل لمعضلة التناقض الوجدانى، وكذلك الإشارة إلى الجانب السلبى لمسار الفعل الذى يدافع عنه «أ» كلما أصبح مسار الفعل (الذى يفضله «أ») أقل احتمالاً للحدوث. وفى الواقع، يصرف «ب» بعيداً عن مسار الفعل حتى لو كان يحترم رأى وخبرة «أ»، حيث يتم جذب «ب» اتجاه القطب الآخر من خلال الدفاع التام عن الفعل. قد يفسر ذلك ما وجدناه من أنه كلما أثرنا مزيداً من "المقاومة" خلال جلسة الإرشاد مع فرد يعانى من تعاطى الكحول، استمر فى الشراب لسنة أخرى. وبالعكس، كلما كان حديث الشخص يعكس زيادة فى الالتزام بالتغيير على مدار محادثة، كان هناك احتمال أكبر فعلياً لحدوث التغيير.

ما تعلمناه من ذلك هو أنه من المهم كبح تصويب الخطأ. وهو أشبه بشىء يجب على أى شخص تعلمه وهو ذاهب لقيادة سيارة على الثلج والجليد؛ فعندما تنزلق الإطارات ناحية يمين الطريق فإنه يوجهها ناحية اليسار، لأن ذلك هو الاتجاه الذى يرغب أن يسير فيه. ومع هذا، فإن فعل ذلك يخفض ببساطة من التحكم ويزيد من الانزلاق نحو اليمين. إذا شعرت بمثل هذا الخطأ فى البداية يجب أن تتحول فى اتجاه الانزلاق، در العجلة نحو اليمين إذا انزلقت العربة نحو اليمين، يعطيك ذلك قوة الجر الذى يسمح لك بإعادة توجيه السيارة نحو الطريق.

الدافعية عملية بين شخصية

ما نقوله هنا هو أن الدافعية هى بطرق عديدة عملية بين شخصية، إنها ناتج التفاعل بين الأفراد. ويبتعد ذلك بعض الشىء عن الرأى الشائع أن الدافعية شىء داخلى كامن فى الشخص مثل حالة أو سمة شخصية. فلا يمكن أن تتأثر دافعية التغيير فقط بالسياق بين الشخصى، بل هى تنشأ منطقياً بالفعل منه.

---

١ Self-perception theory.

وبشكل واضح لهذا التوجه تطبيقات بالنسبة للإرشاد؛ فحين يأتى شخص ما لاستشارة متخصص يكون هناك افتراض أن الشخص بالفعل لديه الدافع للتغيير. فى الواقع، تكرس كثير من مناحى الإرشاد قليلاً من الاهتمام للدافعية وتفترض وجودها مسبقًا. والشخص الذى لا يتبع المشورة المعطاة له ربما يلام بعد ذلك لكونه ليس لديه دافع بدلاً من اعتبار أن الصعوبة (والحل) ربما تكمن فى السياق بين الشخصى. وتوجهنا هو أن استكشاف الدافعية للتغيير وزيادتها هى فى ذاتها مهمة أصلية، حتى فى بعض الأحيان تكون هى المهمة الأكثر أهمية وضرورة داخل علاقات المساعدة مثل الإرشاد والرعاية الصحية والتعليم.

تنمية التباين[١]

يشير كل ذلك إلى ديناميات أساسية فى حل التناقض الوجدانى: إن العميل هو من يجب أن يعبر عن حجج التغيير. عندما تجد نفسك فى دور المجادل من أجل التغيير بينما يجادل عميلك (مريض أو تلميذ أو طفل) ضده، فإنك على وجه التحديد تأخذ الدور الخاطئ. يشغل المرشد والعميل فى هذا الموقف دورين مكملين لبعضهما، ومع أن السيناريوهات مألوفة ومتوقعه يترك كلا الجانبين التفاعل وهو محبط وغير راضٍ، وربما يلوم كل منهما الآخر ويحدث قليلاً جداً من التغيير الإيجابى. اقترح زميلنا جيف أليسون **Jeff Allison** التشبيه المفيد أن مثل هذه العلاقة تبدو مثل المصارعة، حيث يقفز كل شريك ليحصل على ميزة؛ وتترك المصارعة كلا المشتركين متعبًا، وواحد منهما على الأقل يشعر أنه مهزوم. تشبه مقابلة الدافعية كثيرًا الرقص: بدلاً من أن يدافع كل من الشريكين ضد الآخر يتحرك كلٌ منهما برفق سويًا. وفى الواقع من الدقة أن يقود واحد منهما وليس من الضرورة أن يكون الأمر ملحوظًا، فالقيادة الجيدة دمثة وحساسة وخيالية.

١ Developing discrepancy.

إن التباين هو ما يكمن خلف إدراك أهمية التغيير: فبدون التباين لا توجد دافعية. ويكون التباين بشكل عام بين الحالة الراهنة والهدف المنشود وكما يكون بين ما يحدث وما يرغبه الشخص (أهداف المرء). لاحظ أن هذا هو الفرق بين إدراكين وتتأثر درجة التباين (إدراك أيضًا) بالتغيير فى أى من الإدراكين. وكلما كان التباين كبيراً كانت أهمية التغيير كبيرة.

ومع ذلك، لأن التباين يتضمن الإدراك فهو أكثر من مجرد عملية طرح حسابى. فمثلاً ربما يحدث صراع بين سلوك المرء وقيمة عميقة لديه دون وجود تغيير فى أى منهما. ويحدث ذلك بصفة خاصة عندما لا يكون التغيير فى السلوك بل فى المعنى المدرك له. انظر هذا المثال:

يحدد رجل تاريخ إقلاعه عن التدخين باليوم الذى ذهب فيه لإحضار أطفاله من مكتبة المدينة. حيث استقبل عاصفة رعدية عندما وصل إلى هناك؛ وفى نفس الوقت كشف تفتيش جيوبه عن مشكلة مألوفة: كان خاليًا من السجائر. بنظرة عابرة إلى الوراء فى المكتبة، لمح أطفاله يخرجون فى المطر، غير أنه استمر فى الدوران بالسيارة مصراً على أنه سيجد مكانًا لوقوف السيارات، وقت الذروة ويشترى السجائر ويعود قبل أن يبتل أطفاله بالمطر بشكل مؤذٍ. وكانت رؤية نفسه والداً "سيترك بالفعل أطفاله فى المطر، بينما يسعى لشراء سجائر" مهينة فأقلع عن التدخين[1].

سواء تدخينه للسجائر أو قيمة كونه والداً جيداً كلاهما لم يتغير. لقد كان المعنى أن تدخينه – إدراك أنه أصبح أكثر أهمية من أطفاله – أصبح فجأة غير مقبول بالنسبة له. فعندما يأتى السلوك فى صراع مع قيمة عميقة فإنه عادة ما يتغير(٢).

هناك تداخل واضح بين التناقض الوجدانى والتباين؛ بدون بعض التباين لا يوجد تناقض وجدانى، ومن ثم، بالنسبة لبعض الأفراد، تصبح الخطوة الأولى تجاه التغيير تناقضًا وجدانيًا. ففى الوقت الذى يزداد فيه التباين يشتد التناقض الوجدانى أولاً

١ مرجع رقم ٢.

وبالتالى إذا استمر التباين فى النمو، فإن التناقض الوجدانى يمكن أن يُحل فى اتجاه التغيير. وبهذا التصور لا يعد التناقض الوجدانى فعليًا عقبة أمام التغيير. بل يجعل التغيير ممكنًا.

حديث التغيير: حوار الدافعية الذاتية

لذلك يكون التحدى أولاً فى تكثيف التناقض الوجدانى ثم حله من خلال تنمية التباين بين الحاضر الفعلى والمستقبل المنشود. ومن الممكن أن يدفع تصويب الخطأ المرء نحو تواصل مباشر ومواجهة واضحة بغرض "جعل الشخص يواجه الواقع" غير أن ذلك، كما ناقشنا من قبل، قد يكون له، على وجه التحديد، تأثير مضاد للهدف؛ لأنه ييسر الجدل المضاد للتغيير. اتبع غريزة تصويب الخطأ ستستثير أنواع التساؤلات الخاطئة:

"لماذا لا تريد التغيير؟"

"كيف تقول إنه لا توجد مشكلة لديك؟"

"ما الذى يجعلك تعتقد أنك ليس فى خطر؟"

"لماذا لا تقوم فقط.........؟"

"لماذا لا تستطيع.........؟"

الإجابة الحرفية لأى من هذه الأسئلة هى دفاع عن الوضع الراهن وتفسير لماذا لا يعد التغيير مهمًا أو عمليًا. بمعنى آخر، تيسر مثل هذه الأسئلة فقط نوعًا من الحديث مضاداً للحديث الذى يحرك الشخص نحو التغيير.

وبدلاً من ذلك يتم تيسير التغيير من خلال التواصل على نحو يستثير أسباب أو ميزات التغيير كما يراها الشخص. (سنناقش الجوانب العملية لهذا المنحى بمزيد من التفصيل فى الباب الثانى). يندرج حديث التغيير عمومًا فى واحدة من الفئات الأربع التالية:

١- مساوئ الوضع الراهن. تقر هذه العبارات بوجود ما يدعو للقلق أو عدم الرضا عن الأمور بوضعها الحالى. وقد ينطوى ذلك على قبول بوجود "مشكلة" أو لا ينطوى على ذلك. حيث تعكس اللغة بصفة عامة تعرفًا على أوجه غير مرغوبة فى حالة الشخص الراهنة أو سلوكه الحالى.

٢- مزايا التغيير. يتضمن الشكل الثانى من حديث التغيير التعرف على الميزات المحتملة للتغيير. فبينما يركز النوع الأول من حديث التغيير على الأمور غير الجيدة من حالة الفرد الراهنة، يؤكد هذا النوع على الأمور الجيدة التى يمكن الحصول عليها من خلال التغيير. وكلا النوعين، بالطبع، هى أسباب للتغيير.

٣- التفاؤل فى التغيير. نوع ثالث من الحديث الذى ينطوى على تفضيل للتغيير هو ذلك النوع الذى يعبر عن الثقة والأمل فى قدرة المرء على التغيير. ويمكن وضعه فى شكل فرضى (يمكننى) أو تصريح (أستطيع عمل ذلك). والقضية العامة المتضمنة فيه هو أن التغيير ممكن.

٤- نية التغيير. فى الوقت الذى يظهر فيه التوازن يبدأ الأفراد فى التعبير عن النية أو الرغبة أو الإرادة أو الالتزام بالتغيير. ويمكن أن يختلف مستوى النية من ضعيفة إلى حدٍ ما إلى لغة التزام قوية جداً. وأحياناً يتم التعبير عن النية بشكل غير مباشر من خلال تصور كيف ستبدو الأمور إذا ما حدث التغيير.

ومن أجل الملاءمة؛ استخدمنا فى المناقشة والفصول التالية كلمة "مرشد" باعتباره مصطلحاً عاماً يشير إلى أولئك الذين يقومون بدور المساعدة أو التيسير "للعميل" أى الشخص الذى يتلقى مثل هذه الرعاية. ويعد اختيارنا لمثل هذه المصطلحات تحكمياً، وتركيزنا الأساسى سينصب على عملية الاتصال التى تحدث بين شخصين.

تعريف مقابلة الدافعية

تماماً كما أن الإرشاد يمكن أن يتم بطريقة تستثير مقاومة أو حديثًا ضد التغيير، من الممكن أيضاً أن يتم التواصل بطريقة تحفز حديث التغيير وتوجه الشخص ناحيته. وهذه هى نقطة البداية لفهم مقابلة الدافعية.

أولاً، اختيار المصطلح نفسه يستحق التعليق. فجزء "الدافعية" واضح بما يكفى، ولكن لماذا لفظ "مقابلة"؟ تختلف المعانى المتضمنة فى كلمة "مقابلة" فى الإنجليزية عن كلمات مثل "علاج" و"معاملة" و"إرشاد". وهناك أكثر من حتى الفهم الكامن فى كلمة "يقابل" - يقابل المراسلون المشاهير ويقابل الطلاب الخبراء ليتعلموا موضوعات جديدة وبالطبع، يقابل الموظفون أصحاب العمل المتاحين - حيث لا تنطوى الكلمة نفسها على من لديه سلطة أو أكثر أهمية من الآخر. هى مجرد لقاء، النظر سوياً إلى شىءٍ ما. صورة واحدة هى التى نستخدمها لشخصين يجلسان جنباً إلى جنب يقلبان ألبوماً لصور العائلة - يحكى أحدهما قصص الصور وينصت الآخر بودٍ واهتمام شخصى. يقلب من يسرد القصص الصفحات ويرغب المستمع أن يتعلم ويفهم وأحياناً يسأل بأدب عن صورة معينة أو تفصيلة لم تذكر. وهى صورة أخرى مختلفة عن الاختبار أو العلاج الطبى أو النفسى أو استشارة الخبير. إنها مقابلة: النظر والرؤية سوياً.

نعرف مقابلة الدافعية بأنها طريقة موجهة ومتمركزة حول العميل لتعزيز الدافعية الذاتية للتغيير من خلال استكشاف التناقض الوجدانى وحله. تستحق أجزاء هذا التعريف بعض الفحص؛

أولاً، تكون مقابلة الدافعية متمركزة حول العميل أو الشخص فى توجهها نحو اهتمامات ورؤى الفرد. وهى كذلك لاعتمادنا بشدة على أعمال كارل روجرز Carl Rogers وزملائه. ومن هذا المنطلق، تعد مقابلة الدافعية ارتقاء بمنحى الإرشاد المتمركز حول العميل الذى أنشأه روجرز، فهى لا تركز على تعليم مهارات مواجهة جديدة أو إعادة تشكيل معارف أو البحث فى الماضى؛ بل بالأحرى تركز تماماً على اهتمامات الشخص ومخاوفه الراهنة. وأياً كانت التباينات لابد من استكشافها وتنميتها مع التناقضات بين أوجه الخبرات المختلفة للشخص وقيمه.

ثانياً، تختلف مقابلة الدافعية عن الطرق التى يصفها روجرز فى كونها موجهة بشكل واعٍ؛ فأحيانا ما يستخدم مصطلح "متمركز حول العميل" ومصطلح "غير الموجه" بالتبادل، مع أنهما يشيران إلى وجهين مختلفين لأسلوب الإرشاد، حيث توجه مقابلة

الدافعية بشكل مقصود لحل التناقض الوجداني، وغالبًا فى اتجاه معين للتغيير وييسر القائم بالمقابلة حديث التغيير ويدعمه بشكل انتقائى ثم يستجيب للمقاومة بالطريقة التى تخفضها. وتنطوى مقابلة الدافعية على استجابة انتقائية للحديث بالطريقة التى تحل التناقض الوجدانى وتحرك الشخص اتجاه التغيير.

ثالثا، نؤكد على أن مقابلة الدافعية هى طريقة للتواصل أكثر من كونها مجموعة من التكنيكات، وهى ليست حزمة من الحيل لجعل الأفراد يفعلون ما لا يريدون فعله كما أنها ليست شيئًا ما يفعله فرد لمجموعة أفراد، ولكنها بالأحرى وأساسًا طريقة للوجود مع الأفراد ومن أجلهم - إنها منحى ميسر للتواصل الذى يحفز التغيير الطبيعى[٤].

رابعًا، تركز مقابلة الدافعية على تيسير دافعية الشخص الذاتية للتغيير، حيث تختلف مقابلة الدافعية عن استراتيجيات الدافعية التى يقصد بها إقحام التغيير من خلال وسائل خارجية؛ أى من خلال روادع قانونية وعقاب وضغط اجتماعى ومكاسب مادية ومثل هذا. وغالبًا ما تسعى المناحى السلوكية إلى إعادة ترتيب البيئة الاجتماعية للشخص بحيث يُقابل أحد السلوكيات بالدعم بينما يُقابل الآخر بعدم التشجيع، ولا يعنى ذلك أننا نطرح أى نقد لمثل هذه المناحى المغايرة التى يمكن أن تكون فعالة تمامًا فى تعديل السلوك. الأمر فقط أن مقابلة الدافعية تركز على الدافعية الذاتية للتغيير، حتى مع أولئك الذين جاءوا إلى الإرشاد كنتيجة مباشرة للضغط الخارجى (كالانتداب من المحكمة على سبيل المثال).

خامسًا، تركز هذه الطريقة (مقابلة الدافعية) على استكشاف التناقض الوجدانى وحله بوصفه مفتاحًا لحفز التغيير. فهى لا تُستخدم (ونعتقد أنها لا يمكن استخدامها) لفرض التغيير الذى لا يتسق مع قيم الشخص ومعتقداته الذاتية. ومن هذا المنطلق فهى تختلف عن الطرق القسرية لدفع التغيير، فبدون حدوث تغيير بطريقة ما فى الاهتمامات الأصيلة للشخص لن يحدث التغيير. حيث يظهر التغيير داخل مقابلة الدافعية من خلال ارتباطه بقيم الشخص الذاتية واهتماماته.

حدود مقابلة الدافعية

قبل أن نشرع في شرح أسلوب مقابلة الدافعية وتطبيقاتها، هناك بضع نقاط مهمة نشير إليها:

أولاً، على الرغم من أن لدينا عقدين من الخبرة في تطوير هذا المنحى ودراسته، ونؤمن بأننا بدأنا فقط في فهمه وتشجيع البحوث الإكلينيكية لتقييم كفاءته (انظر مراجعة هذه البحوث في الفصل السادس عشر)، مازال هذا المنحى في مرحلة مبكرة جداً كما أن هناك دليلاً معقولاً على أنه منحى فعال في تطبيقات معينة غير أن البيانات مازالت حتى الآن أقل وضوحاً في توثيق لماذا ينجح هذا المنحى وكيف يعمل.

نحن أيضًا لا ننظر لمقابلة الدافعية بوصفها حلاً سحريًا يجيب على معظم أو كل مشكلات الإرشاد وتغيير السلوك، فهي طريقة واحدة يمكن استخدامها بالاتفاق مع طرق أخرى. ولا نعتقد بأنها الطريقة الفضلى الوحيدة لرفع دافعية التغيير مع كل الأفراد. ففي بعض السياقات، يكون من المناسب تمامًا التعليم أو تقديم مشورة واضحة أو التدريب على مهارات أو إجبار شخص آخر أو اتخاذ قرارات له. وهناك أناس يفضلون ببساطة، على الأقل في بعض المواقف، أن يُملى عليهم ما يفعلون وسوف يقومون به.

كما أنه لا يوجد حتى الآن وضوح حول الحدود الخارجية لمقابلة الدافعية. فليس لدينا إجابة قاطعة إلى الآن عن السؤال "مع من يجب ألا نستخدم هذا المنحى"؟ ففي البحث المتعلق بحدود مقابلة الدافعية تم اختبار مقابلة الدافعية مع فئات أكثر تحدياً: معتمدون على الكحول بشكل خطير أو معتمدون على المخدرات ومراهقون وجناة تحت انتداب المحاكمة، ومن يعانون من أمراض مزمنة (انظر الباب الرابع). وهناك بالفعل بعض المؤشرات من مثل هذه الدراسات، حيث قد تظهر بعض الجماعات الفرعية مزيداً من التغيير عندما تتعرض لمنحى آخر في الإرشاد - ربما من هم أقل مقاومة أو أكثر

استعداداً للتغيير فى بداية عملية الإرشاد. وفى دراسة كبيرة جداً(٥) عن اضطرابات تعاطى الكحول وجد أن الاستجابة لعلاج حفز الدافعية لم تتغير لوجود اضطراب الشخصية السيكوباتية أو حدة التورط فى تعاطى الكحول أو المشكلات النفسية المصاحبة أو الخلل المعرفى فى الدراسة نفسها، نجح الأفراد الأكثر غضباً مع المنحى المبنى على مقابلة الدافعية، بينما كان الأقل غضباً فى بداية العلاج أفضل بعض الشىء مع الإرشاد السلوكى المعرفى أو الاثنتى عشرة خطوة. ومازال هناك الكثير لنعرفه حول متى تكون مقابلة الدافعية أكثر أو أقل فعالية.

التكامل مع مناحى العلاج الأخرى

أخيراً، نطرح بعض الأفكار حول الطرق التى يمكن أن تتكامل من خلالها مقابلة الدافعية مع مناحٍ أخرى لتيسير التغيير. فقد تكون مقابلة الدافعية مغايرة لمناحٍ إرشادية مختلفة (مثلما عرضنا فى الطبعة الأولى للكتاب)، إلا أن هذا لا ينفى اتفاقها مع مناحٍ أخرى. وبشكل أساسى، يقصد من مقابلة الدافعية حفز التغيير وهذا بالنسبة لبعض الأفراد كل ما يحتاجونه. فبمجرد تحركهم من التناقض الوجدانى إلى الالتزام يبدأ التغيير فى الحدوث دون مساعدة إضافية. بينما يجد آخرون أنهم فى حاجة لمساعدة لتنفيذ التغيير الذى يرغبون فيه بعد مقابلة الدافعية. من هذا المنطلق، وبشكل طبيعى يمكن اتباع طرق أخرى للتغيير بعد مقابلة الدافعية.

فى الواقع، كان مفهومنا الأصلى عن مقابلة الدافعية أنها ستكون تمهيداً لمزيد من العلاج وزيادة الدافعية والالتزام بالعلاج. وفى البداية لم يكن يعنى ذلك أن تكون مقابلة الدافعية طريقة للعلاج قائمة بذاتها، فقد تحقق ذلك فى وقتٍ لاحق، حيث كشفت البحوث عن تغيير سريع يحدث بعد جلسة أو جلستين من مقابلة الدافعية بدون علاج إضافى، وذلك مقارنةً بمجموعات ضابطة لم تتلقَ أى إرشاد على الإطلاق. وتظهر دراسات عديدة أيضاً التأثيرات المقصودة فى الأساس: ذلك أن العملاء الذين يتلقون مقابلة

دافعية فى بداية العلاج من المرجح أن يظلوا فى العلاج لفترة أطول ويعملوا بجد أكبر ويكونوا أكثر التزامًا بتوصيات العلاج كما أنهم يظهرون نتائج أفضل جوهريًا من الذين يتلقون نفس برنامج العلاج بدون مقابلة دافعية. وفى اضطرابات تعاطى المواد النفسية، حيث أجريت أكبر عدد من الدراسات حتى الآن، وجد أن إضافة مقابلة الدافعية يزيد من فعالية علاجات متنوعة؛ مثل التدريب على المهارات السلوكية المعرفية، والاثنتى عشرة خطوة وإرشاد نموذج المرض والتوقف بالميثادون[٦].

بالتالى، فإن أكثر صور التكامل وضوحًا هو تقديم مقابلة الدافعية كاستشارة أولى تمهيدًا لغيرها من الخدمات، ومن الممكن أن يكون ذلك مفيدًا بشكل خاص فى المواقف التى تكون فيها مدة الاستشارة محدودة (مثل، برامج مساعدة الموظفين) ومع الفئات التى يحدث تسرب من العلاج بينها بمعدلات مرتفعة (مثل المعتمدين على المخدرات). وفى مثل هذه الحالات، إذا كانت مقابلة الدافعية هى التدخل الوحيد الذى سيحظى به العميل، يكون هناك سبب للاعتقاد أن هناك مساعدة ما تم تقديمها بالفعل. وفى نفس الوقت يبدو أن مقابلة الدافعية تزيد من احتمالية أن يعود العملاء لمتابعة العلاج وزيادة الفرصة لتلقى خدمات أخرى. وبالنسبة لأولئك الذين يحتاجون إلى مساعدة إضافية فى سعيهم للتغيير أو يرغبون فى هذه المساعدة، من الممكن تزويدهم بعلاج إضافى.

والمثير للدهشة أنه ليس من المهم ما إذا كان العلاج التالى لا يتسق بشكل ما مع مبادئ مقابلة الدافعية. ففى واحدة من الدراسات[٧]، على سبيل المثال، قدمت مقابلة الدافعية (أو لم تقدم) فى برنامج للعلاج (أى فى ظل الإقامة داخل المؤسسات العلاجية) مع منحى يعتمد على المواجهة والتوجيه بشكل صريح. أدرك مرشدو البرنامج (الذين لا يعرفون تقسيم المجموعات) أن متلقى مقابلة الدافعية كان لديهم دافعية أكثر ومطيعين لتعليمات العلاج، وكانت نتائج الاثنتى عشرة خطوة أفضل جوهريًا فى مجموعة مقابلة الدافعية من العملاء الذين ساروا فى نفس برنامج العلاج الداخلى بدون مقابلة دافعية فى البداية.

طريقة أخرى للتفكير فى التكامل هى أن مقابلة الدافعية هى أسلوب للإرشاد والتواصل يمكن استخدامه طوال العلاج، ببساطة ليس بوصفها تمهيدًا له. وهناك بالفعل تكامل بين أسلوب مقابلة الدافعية واستشارات متنوعة مثل التغذية المرتدة لنتائج التقييم(٨)، وإرشاد ما قبل الولادة(٩) وعلاج مرضى السكر(١٠)؛ حيث يتم نقل معلومات أساسية وتدخلات فى أسلوب مقابلة الدافعية، الذى يكون موجهًا ومتمركزًا حول العميل فى آن واحد، وحيث يقوم المرشد برقصة الذهاب والإياب بين تقديم مادة تعليمية وسؤال العميل عن استجاباته ووجهات نظره.

لا يزال هناك احتمال آخر لإبقاء مقابلة الدافعية فى الخلفية، حيث يمكن العودة عند ظهور قضايا دافعية فى أثناء مسيرة العلاج. عادةً لا يختفى التناقض الوجدانى فى اللحظة التى يبدأ فيها العلاج، فقد تواجهنا تحديات جديدة للدافعية مثل الواجبات المنزلية التى تعطى للعميل أو الوصول لمراحل أكثر صعوبة فى العلاج. عند مثل هذه النقاط من الممكن العودة لمقابلة الدافعية لحل قضايا الدافعية الجديدة حين ظهورها.

وكمثال على ذلك، تم إدماج كل من تطبيقات مقابلة الدافعية الثلاثة هذه – كتمهيد وأسلوب مصاحب وخيار للمراجعة – داخل برنامج سلوكى شامل لعلاج تعاطى الكحول فى تجربة إكلينيكية متعددة المواقع[١](١١). تكون الجلسة الأولى بشكل قاطع مقابلة دافعية – تحفيز اهتمامات الشخص وأسباب سعيه للتغيير والإنصات إليه. وتبدأ التغذية المرتدة لنتائج التقييم فى مقابلة الدافعية فى الجلسة الثانية ثم يتبعها تحليل وظيفى دقيق لتعاطى الكحول طوال حياة الشخص ثم يجمع كل ذلك معًا فى خطة العلاج، حيث يوضع فى قائمةٍ من جداول للتدريب السلوكى المعرفى لتحقيق أهداف محددة للتغيير. ثم تنقل هذه الجداول داخل أسلوب مقابلة الدافعية، ويمكن للقائم بعملية الإرشاد أن يعود لمقابلة الدافعية عندما تظهر مشكلات أو معوقات متعلقة بالدافعية. ويتم التأكيد على الاختيار والاستقلال الشخصى خلال العلاج.

---

١ Multisite clinical trial.

الهوامش

(1) Bem (1967, 1972).

(2) Premack (1970), p. 115.

(3) Rockeach (1973).

(4) Rollnick and Miller (1995); Sobell and Sobell (1993).

(5) Project MATCH Research Group (1997a, 1997b).

(6) Aubrey (1998); Bien, Miller, and Boroughs (1993); Brown and Miller, (1993); Saunders, Wilkinson, and Phillips (1995).

(7) Brown and Miller (1993).

(8) Miller, Zweben, DiClemente, and Rychtarik (1992).

(9) Handmaker, Miller, and Manicke (1999).

(10) Smith, Heckemeyer, Kratt, and Mason (1997); Trigwell, Grant, and House (1997).

(11) Miller (in press).

الباب الثانى

الممارسة

الفصل الرابع

ما هى مقابلة الدافعية؟

إذا كنت تعامل شخصًا ما كما هو سيبقى كما هو، ولكن
إذا تعاملت معه كما ينبغى أن يكون وكما يمكن أن يكون،
فسيصبح كما يجب أن يكون وكما يمكن أن يكون.
- Johan Wolfgang Von Goethe

روح مقابلة الدافعية

خلال أحد عشر عامًا منذ الطبعة الأولى من هذا الكتاب، وجدنا أنفسنا نضع قليلاً من تركيزنا على تكنيكات مقابلة الدافعية، بينما نضع تركيزًا أكبر من أى وقت مضى على الروح الأساسية التى تبنى عليها. حدث ذلك جزئيًا لأننا وجدنا أناسًا يحاكون بعض التكنيكات المكونة لمقابلة الدافعية دون فهم سياقها العام مع اعتقادهم أنهم كانوا يمارسون (أو يعلمون) الطريقة نفسها. بدأنا أيضًا فى ملاحظة أوصاف وتقييمات للبرامج التى يطلق عليها "مقابلة الدافعية"، والتى تتشابه قليلاً مع فهمنا لطريقة مقابلة الدافعية. كما بدأ استخدام المصطلح الأوسع "برامج الدافعية" (الذى ربما يتضمن أى شىء) مع مصطلح مقابلة الدافعية وتم الخلط بينهما أيضًا.

ويعد هذا، بالطبع، ظاهرة شائعة فى انتشار الخطوات التجديدية[١] وإحدى الطرق لمعالجة ذلك هى محاولة التحكم فى استخدام المصطلح ومنح رخص للممارسين وتقنين نشر الإجراءات. ومن هذا المنطلق يمكننا تكريس كل الجهد لمراقبة سوء الفهم لهذا

المنحى. وقد قررنا– بدلاً من ذلك – أن نكرس المتوفر لدينا من الجهد والوقت لفعل ما بوسعنا لتحفيز الممارسة والتدريب الجيد وإجراء البحوث والتحديد الواضح، قدر الإمكان، لما هو مقابلة دافعية وما ليس كذلك[٢].

إذا كانت مقابلة الدافعية هي طريقة للوجود مع الأفراد، فإن روحها المتضمنة تكمن في فهم ومعايشة الطبيعة البشرية التي تتجلى بهذه الطريقة في الحياة. إن الكيفية التي يفكر المرء بها في عملية المقابلة والكيفية التي يفهمها بها لهي من الأمور الحيوية والمهمة في تشكيل المقابلة.

التعاون

من المؤكد أن أحد المكونات المفتاحية لروح مقابلة الدافعية هو طبيعتها التعاونية، حيث يتجنب المرشدون الموقف التسلطي في الاتصال، بل يدخلون في علاقة الشريك بدلاً من ذلك. وينطوي منحى مقابلة الدافعية على الاستكشاف أكثر من الوعظ، والمساندة أكثر من الإقناع أو الجدال. ويسعى القائم بالمقابلة إلى خلق مناخ شخصي إيجابي يفضي إلى التغيير الإرادي وليس القسري. كما تتضمن الطبيعة التعاونية في مقابلة الدافعية جعل الشخص منسجمًا وتتضمن أيضًا توجيه تطلعاته الذاتية، وتهدف العملية بين الشخصية لمقابلة الدافعية إلى التعرف على التطلعات، والتي كثيرًا ما تكون متنوعة. وبدون أن نعرف رأي العميل الشخصي ونستثمره فإننا نتعرف على نصف الصورة فقط. (لمزيد من المناقشة حول هذه القضية الأخلاقية، انظر الفصل الثاني عشر).

التحفيز[١]

اتساقًا مع الدور التعاوني لمقابلة الدافعية، لا تعد نبرة القائم بالمقابلة أحد الأمور المطلقة (مثل الحكمة والبصيرة والواقعية)، بل هي من أمور التيسير لإيجاد

---

١ Evocation.

ما بداخل الشخص وإخراجه. ولتميزها عن التعليم فإن الفعل اللاتينى docere (أصل كلمة دكتور[1] وعقيدة[2] وتلقين[3]) ينطوى على دور خبير ينقل المعرفة إلى الطلاب أو يضعها فيهم، وفى المقابل فإن الفعل اللاتينى ducare يعنى "أن يسحب" مثلما يسحب المرء الماء من بئر، لذلك فإن كلمة educare تعنى أن تسحب إلى الخارج وهى الشكل الأخير من التعليم ذو الأصول السقراطية، وهذا القياس هو الأقرب لعملية مقابلة الدافعية التى لا تعنى غرساً أو تركيباً بل تيسير سحب الدافعية من الشخص، حيث تتطلب إيجاد دافعية غريزية للتغيير داخل الشخص وإثارتها، واستدعاءها وهكذا.

الاستقلال[4]

نترك مسئولية التغيير فى مقابلة الدافعية للعميل وهى، بالمناسبة، تكون حيث نعتقد أنها يجب أن تكون، بغض النظر عن كم من المتخصصين سيجادل حول إمكانية "جعل" الأفراد يفعلون ويختارون أو "السماح" أو "الإذن" لهم بالفعل والاختيار. بمعنى أن هناك احتراماً لاستقلالية الفرد. فالعميل دائماً حر فى قبول الإرشاد أو رفضه، والهدف العام هو زيادة الدافعية الغريزية، لذلك فإن التغيير ينبع من الداخل ويخدم أهداف الشخص وقيمه الذاتية. وكما أشرنا فى البداية، عندما تتم مقابلة الدافعية بشكل مناسب فإن العميل هو من يجادل من أجل التغيير أكثر من المرشد النفسى.

---

١ Doctor.

٢ Doctrine.

٣ Indoctrinate.

٤ Autonomy.

شكل [٤-١] روح مقابلة الدافعية

المنحى الأساسى لمقابلة الدافعية	المنحى المقابل عكسيًا فى الإرشاد
التعاون: يتضمن الإرشاد المشاركة التى تحترم خبرة العميل ورؤاه؛ حيث يهيئ المرشد مناخًا اختياريًا وليس قسريًا للتغيير.	المواجهة: يتضمن الإرشاد التغلب على رؤى العميل المضطربة من خلال فرض وعى "بالواقع" وقبوله، ذلك الواقع الذى لا يراه العميل ولا يحبه.
التحفيز: يفترض أن مصادر التغيير والدافعية له يتم استخراجها من العميل؛ حيث تُحفز الدافعية الذاتية للتغيير من خلال استثمار تصورات العميل الذاتية وأهدافه وقيمه.	التعليم: يفترض افتقاد العميل للمعرفة أو/والبصيرة أو/ والمهارات المفتاحية الضرورية لحدوث التغيير، ومن ثم يسعى المرشد لمعالجة هذا القصور من خلال توفير المعرفة المطلوبة.
الاستقلالية: يؤكد المرشد على حق العميل فى التوجه - الذاتى وقدرته على ذلك وييسر له الاختيار المبنى على المعلومات.	السلطة: يملى القائم بالمقابلة على العميل ما يجب أن يفعله.

إلى أى مدى يتسع الأفق؟

القضية الأعم التى نتعامل معها هنا هى المدى الذى يمكن تطبيق مقابلة الدافعية فيه وأين ينتهى هذا المدى. كما يوحى الاسم، فإن المقصود به صراعات الدافعية ومشكلات التغيير التى يكون الشخص بسببها غير مستعد للتغيير أو لا يريده أو متناقض وجدانيًا حياله، فمقابلة الدافعية هى طريقة إكلينيكية ماهرة وأسلوب للإرشاد والعلاج النفسى وليست مجموعة من التكنيكات التى يتعلمها المرء سريعًا لكى يتعامل مع مشكلات دافعية مزعجة.

لهذا الأمر تضمينات بالنسبة لأين يمكن ممارسة مقابلة الدافعية ومن يمارسها. فهناك اهتمام كبير، مثلاً، بتطبيق مقابلة الدافعية داخل المواقف الطبية، حيث تشيع كثيرًا مشكلات الدافعية فى تغيير سلوك المريض ولا يملك ممارسو العلاج سوى دقائق قليلة للتعامل معها، ويرغب الممارسون فى مثل هذه المواقف عادة فى شىء بسيط يمكن

فعله بسرعه لتوجيه تخاذل المريض نحو تغيير السلوك المتعلق بالصحة، وهى رغبة مشروعة وهناك طرق أكثر بساطة متنوعة يمكن أن تفيد فى مثل هذه السياقات[٣]، غير أننا نميزها عن مقابلة الدافعية بوصفها طريقة إكلينيكية (انظر الفصل الثامن عشر من هذا الكتاب).

يعد الفرق أشبه بما بين طبيب مدرب تدريبًا كاملاً وفنى إسعاف أو إسعافات أولية الذى تعلم متى وكيف يقوم بإجراءات أساسية بمهارة. أما الطبيب، المدرب فى الطب بشكل واسع، يكون قادراً على الاستفادة بمرونة من مجموعة كبيرة من المهارات الإكلينيكية والمعارف فى علاج مدى عريض من المشكلات الصحية التى يعانى منها المريض. يتعلم القائم بالإسعافات الأولية مزيداً من المهارات المحدودة التى من الممكن أن تكون قيمة تمامًا، حتى فى الحفاظ على الحياة، عندما تطبق لحظيًا داخل سياق الاتصال القصير نسبيًا.

وبنفس الطريقة، يتعلم الماهر فى مقابلة الدافعية ويتدرب على طريقة مقابلة الدافعية الإكلينيكية الممتدة التى يمكن تطبيقها بمرونة فى مدى عريض من مشكلات الدافعية. وهناك تفاصيل عملية وتعقيدات أخلاقية مألوفة للمعالج الخبير بمقابلة الدافعية؛ حيث يكون مجهزاً لتطوير وتطبيق مقابلة الدافعية على مدى عريض من الأفراد والمشكلات.

لا يعنى هذا القول إن متخصصى الصحة المشغولين بأمور عدة لا يمكنهم تعلم الطريقة الإكلينيكية لمقابلة الدافعية أو ليس عليهم تعلمها، فهناك الكثيرون منهم بالفعل منصتين رائعين ولهم باع طويل فى تنمية المهارة الإكلينيكية فى مقابلة الدافعية. لقد دربنا (من بين آخرين) مرشدين واختصاصيى تغذية واختصاصيين نفسيين ممارسين ومتخصصين فى الطب النفسى الشرعى وممرضين وأطباء وقساوسة ومتخصصين فى تعديل السلوك وعلماء نفس ومتخصصين فى اللياقة البدنية العلاجية ومتخصصين فى دراسة الحالة ومتخصصين فى العمل الاجتماعى.

وكما أن هناك نمواً مفيداً فى الممارسات الطبية المساعدة، نحن مهتمون ومنخرطون فى تنمية تكنيكات أبسط فى روح مقابلة الدافعية ويمكن تطبيق هذه التكنيكات فى الممارسة بدون تعلم وتنمية مهارة إكلينيكية فى الطريقة العامة لمقابلة الدافعية. وقد كنا حذرين فى عدم تسمية هذه المهارات بـ"مقابلة الدافعية"، وهو المصطلح الذى احتفظنا به لنطلقه على طريقة إكلينيكية تتعلق بمهارة أوسع. وبعض من تلك المهارات تمت مناقشتها بشكل أكثر تفصيلاً فى الفصل الثامن عشر.

هناك أيضًا قضايا دافعية تتعلق بما لا تتناسب معه طريقة مقابلة الدافعية؛ مبدئيًا، لأسباب أخلاقية مألوفة لمتخصصى الرعاية الصحية، سنعتبرها غير مناسبة أخلاقيًا، مثلاً، للتطبيق من أجل زيادة احتمالية توقيع المرضى بالموافقة على العلاج والبحوث، وقد تم معالجة القضايا الأخلاقية فى استخدام مقابلة الدافعية فى الفصل الثانى عشر.

أربعة مبادئ عامة

لكى نرى الغابة قبل الوصول للأشجار، حددنا فيما يلى أربعة مبادئ إرشادية عريضة تتضمنها مقابلة الدافعية؛ وهى خطوة أولى ننتقل بها من الروح العامة التى وصفناها سابقًا نحو مزيد من التحديد فى الممارسة، حيث تمثل هذه الخطوة صقلاً للمبادئ التى حددها فى الأصل ميلر (١٩٨٣) وهى المبادئ الموصوفة فى طبعتنا الأولى لهذا الكتاب. وهى كما يلى:

١- عبر عن المواجدة.

٢- نمّ التباين.

٣- در حول المقاومة.

٤- ساند الكفاءة الذاتية.

شرحنا هذه المبادئ بالتفصيل هنا مع الاحتفاظ بمزيد من التحديد "كيف يمكن تطبيق هذه المبادئ" لمناقشته فى الفصول التالية.

١- عبر عن المواجدة

يعد أسلوب الإرشاد القائم على المواجدة، المتمركز حول العميل واحداً من الخصائص الأساسية المعروفة لمقابلة الدافعية، فنحن نعتبر المهارة العلاجية فى الإنصات المتمعن والمواجدة الدقيقة، كما يصفها كارل روجرز، الأساس الذى تبنى عليه المهارة الإكلينيكية فى مقابلة الدافعية. حيث يوظف هذا الأسلوب فى التواصل المبنى على المواجدة من بداية مقابلة الدافعية وخلالها.

ويطلق على الاتجاه الكامن خلف مبدأ المواجدة هذا مصطلح "التقبل"[١]. حيث يسعى المرشد من خلال الإنصات المتمعن الماهر إلى فهم مشاعر العميل ورؤاه دون حكم أو نقد أو لوم، ومن المهم أن نلاحظ هنا أن التقبل لا يعنى الموافقة أو الاستحسان، فمن الممكن تقبل رؤية الشخص وفهمها دون الموافقة أو التصديق عليها. فلا يمنع اتجاه التقبل المرشد من الشعور بالفرق مع رؤى العميل ولا التعبير عن هذا الفرق والاتجاه الأساسى هو الإنصات باحترام إلى الشخص مع رغبة فى فهم رؤيته. ومن المفارقات أن هذا النوع من تقبل الأفراد كما هم يبدو أنه يحررهم نحو التغيير، بينما يميل الإصرار على عدم التقبل ("أنت لست بخير؛ لابد أن تكون مختلفاً") إلى شل عملية التغيير. ويطلق المتخصصون فى العلاج الأسرى على هذا النوع من الظواهر "عملية المفارقة"[٢] لأن الفعل، كما فى التراجيديا اليونانية، يؤدى إلى النتيجة التى كان المراد تفاديها. ولحسن الحظ، تعمل النبوءات المتحققة ذاتياً فى اتجاهين. حيث يبنى اتجاه التقبل والاحترام علاقة علاجية فعالة ويدعم تقدير الذات للعميل الذى يثير مزيداً من التغيير.

ويسعى المرشد الممارس للمواجدة إلى التعامل مع رؤى العميل على أنها قابلة للفهم والشرح وصادقة (على الأقل، داخل سياق العميل)، كما يتقبل التناقض الوجدانى كجزء طبيعى من الخبرة الإنسانية والتغيير بدلاً من رؤيته بوصفه دفاعاً مرضياً أو مؤذياً،

---

١ Acceptance.

٢ Ironic process.

حيث التخاذل فى تغيير السلوك المشكل أمر متوقع فى مواقف الاستشارة والعلاج، وإلا كان العميل تغير قبل الوصول لهذه النقطة. ولا يرى المرشد العميل بوصفه مريضاً فريداً أو غير قادر، بل بالأحرى يفهم موقف العميل على أنه أصبح "معلقًا" من خلال عمليات نفسية مفهومة.

المبدأ الأول: التعبير عن المواجدة
التقبل ييسر التغيير
الإنصات المتمعن الماهر أساسى
التناقض الوجدانى أمر طبيعى

٢- نمّ التباين[١]

بالتأكيد لا نقصد أن الهدف العام لمقابلة الدافعية هو أن يجعل الأفراد يقبلون أنفسهم كما هم ويظلون على هذا الحال، ولا ندافع عن استخدام الإنصات المتمعن ببساطة لاتباع الأفراد أينما ذهبوا يهيمون على وجوههم. فالشخص الذى يعانى حاليًا من عادة تعاطى للمخدرات مهددة للصحة يمكن مساعدته لتغيير هذا السلوك والشخص الذى يعانى من مرض فى القلب أو سكرى سينصح بعمل تغييرات جوهرية فى سلوكه. والسؤال هو ما الطريقة المثلى لعرض الواقع غير السعيد لكى يستطيع هذا الشخص مواجهته ويتغير من خلاله.

هنا تبتعد مقابلة الدافعية عن الإرشاد التقليدى المتمركز حول العميل، حيث توجه مقابلة الدافعية بشكل مقصود نحو حل التناقض الوجدانى الذى يخدم التغيير. ويعد التمهيد الكامل بالإرشاد المتمركز حول العميل مشروعًا لأهداف أخرى – مثلاً،

١ Develop discrepancy.

فى مساعدة الأفراد على فرز حياتهم أو اتخاذ خيارات صعبة. وتوجه مقابلة الدافعية بشكل محدد نحو تحرير الأفراد ومساعدتهم على طرح التناقض الوجدانى السابق والتقدم نحو تغيير إيجابى فى السلوك. (بالطبع، لتعريف كلمة "إيجابى" هنا نغمة أخلاقية وقيمية واضحة، نتناولها فى الفصل الثانى عشر).

المبدأ العام الثانى لمقابلة الدافعية هو خلق تباين، من منظور العميل، بين سلوكه الحاضر وأهدافه وقيمه الأوسع وتضخيم هذا التباين. وهذا ما كنا نصفه فى العرض الأصلى لمقابلة الدافعية(٤) على أنه خلق لـ"تناقض معرفى" مستعيرين المفهوم من ليون فستنجر(٥) Leon Festinger. نعتقد الآن أن الطريقة الأكثر عمومية والأفضل فى فهم هذه الحالة هى ببساطة التباين بين الحالة الراهنة لشئون الفرد وكيف يريدها أن تكون. (يتجنب هذا استثارة دافع فطرى نحو الاتساق المعرفى)، فقد يثار التباين من خلال وعى الفرد بخسائر مسار السلوك الراهن وعدم الاتساق معه أو من خلال المكاسب المدركة من تغيير السلوك. فحينما يُرى السلوك فى صراع مع أهداف شخصية مهمة (مثل صحة المرء ونجاحه وسعادة أسرته وتصوره الإيجابى عن ذاته) فإن احتمال حدوث التغيير يكون أكبر.

إننا نحتاج هنا لتوضيح أن التباين، كما نستخدمه كمصطلح فى مقابلة الدافعية، يرتبط بتوضيح أهمية التغيير ويختلف هذا عن كم تغيير السلوك المراد إنجازه، المسافة التى سيحتاجها شخص ما للسفر لكى يصل للمستوى المرغوب (للمناقشة فقط، سنطلق عليه مصطلح "الفجوة السلوكية"[١]). من السهل الخلط بين المصطلحين إلا أنهما مختلفان بالضرورة. فإذا كانت الفجوة السلوكية كبيرة جداً، يمكن خفض الدافعية من خلال تقليل الثقة، وكلما كانت الهوة أوسع كانت ثقة الفرد فى قدرته على تخطيها أقل، وربما تكون الفجوة السلوكية صغيرة تماماً إلا أن أهمية القفز مرتفعة جداً. فبينما يستطيع الفرد ببساطة تصور الفجوة السلوكية على أنها كبيرة جداً إلى حد يصبح محبطاً معه،

---

١ Behavioral gab.

فإنه من الصعب تصور تغيير مهم أكثر من اللازم لفعله. إذا كانت الأهمية والثقة وجهين مختلفين من أوجه الدافعية (انظر الفصل السادس)، فإن التباين والفجوة السلوكية يؤثران على الدافعية بطريقة مختلفة.

عديد من الأفراد الذين يسعون إلى الاستشارة يدركون بالفعل التباين الدال بين ما يحدث وما يريدون أن يحدث، ومع ذلك يكونون متناقضين وجدانيًا أيضًا، عالقين فى صراع الإقدام - الإحجام وهدف مقابلة الدافعية هو تنمية التباين - الاستفادة منه وزيادته وتضخيمه حتى يتجاوز جمود الوضع الراهن، حيث تسعى مقابلة الدافعية لإنجاز ذلك داخل الشخص بدلاً من الاعتماد الأولى على محفزات خارجية قسرية (مثل الضغط من خلال الزوج أو التهديد بالبطالة أو الطوارئ التى تفرضها المحكمة). ويتضمن ذلك فى الغالب تحديد وتوضيح أهداف الفرد وقيمه الذاتية التى ربما يتصارع معها السلوك. وعندما تتم مقابلة الدافعية بمهارة فإنها تغير إدراكات الشخص (التباين) دون خلق أى شعور بكونه مضغوطًا أو مجبرًا، ذلك لأن التباين يكون بين السلوك الحالى والأهداف والقيم المهمة للشخص. ويظهر الشعور بالقسر حينما يكون المرء مجبرًا على تغيير السلوك؛ لأنه يتناقض مع أهداف وقيم شخص ما آخر.

المنحى العام هو منحى ينتج عنه العميل الذى يطرح أسبابًا للتغيير بدلاً من أن يفعل المرشد ذلك. فغالبًا ما يكون الأفراد أكثر اقتناعًا من خلال ما يسمعونه من أنفسهم أكثر مما يخبرهم الآخرون به. وعندما يتم عمل مقابلة الدافعية بشكل جيد، يكون صوت الاهتمام بالتغيير وأسبابه وكفاءة العميل الذاتية ومقاصده من التغيير هو صوت العميل لا صوت المرشد.

المبدأ الثانى: نمِّ التباين

يجب أن يقدم العميل بدلاً من المعالج مبررات التغيير.

يكون التغيير مدفوعًا بالتباين المدرك بين السلوك الحالى والأهداف أو القيم الشخصية المهمة.

٣- در حول المقاومة

نستنتج مما سبق أن أكثر المواقف كراهة، من ناحية إثارة التغيير، هو دفاع المرشد من أجل التغيير بينما يجادل العميل ضد ذلك، فلمثل هذه المحاجة نتائج عكسية. فمن غير المرجح إقناع الشخص المتناقض وجدانياً، وليس ذلك وحسب، بل إن الجدال المباشر ربما يضع بالفعل الشخص فى الاتجاه المقابل بما يجعله يدافع عنه.

فإذا كنت لا تجادل من أجل التغيير، فماذا ستفعل إذن؟ شبهت جاى هالى Jay Haley ورواد غيرها فى مجال العلاج الأسرى الأمر بالجودو النفسى مشيرين إلى فن الدفاع عن النفس الذى لا يكون فيه الهجوم بالمقابلة المباشرة (كما فى الملاكمة)، بل يذهب المرء مع قوة دفع المهاجم مستخدماً إياها كميزة جيدة. الضربات التى يسددها اللاعب لا تشكل فرقًا فى جوهر هذا الفن، فكل الضربات تقع فى الفراغ وكلما كان المهاجم أقوى، كان أسرع فى الوقوع هباءً.

يمكن أن يؤخذ هذا القياس بسهولة بعيداً جداً، فمقابلة الدافعية ليست مواجهة أو مباراة شطرنج؛ وليست عن الفوز والخسارة. وليس الشخص عدواً لنحتال عليه أو نهزمه. ومع ذلك يعد توضيح الدوران مع المقاومة مفيداً، حيث يمكن تحويل المقاومة التى يعرضها العميل أو إعادة تشكيلها بخفة لخلق قوة دفع جديدة تجاه التغيير. والهدف الذى فى المرمى هنا ليس جسداً، بل إدراكًا وسوف تأتى لاحقًا المشكلات والتفاصيل المتعلقة بكيفية نجاح هذه الطريقة. أما الآن، فهدفنا هو توضيح أنه فى مقابلة الدافعية لا يواجه المرء مباشرة المقاومة بل بالأحرى يدور معها أو يتبعها.

هنا أيضًا عنصر من عناصر الاحترام الكبير للعميل. ماذا تفعل حيال مشكلة، إذا كان أى شىء هو فى النهاية قرار العميل. لا يتم مواجهة التخاذل والتناقض الوجدانى بل يتم معرفتهم ليكونا طبيعيين ومفهومين. فالمرشد لا يضع رؤى أو أهدافًا جديدة؛ بل يدعو العميل للنظر فى معلومة جديدة وتعرض عليه رؤى جديدة. "خذ ما تريد واترك الباقى" هو النوع المباح من النصائح التى تتخلل هذا المنحى، فهو المنحى الذى من الصعب أن تحارب ضده.

فى مقابلة الدافعية، يعيد المرشد أيضًا السؤال أو المشكلة إلى العميل. فليس وظيفة المرشد تقديم كل الإجابات وخلق كل الحلول وعمل هذا، فى الواقع، يدعو العميل لإيجاد العيوب فى كل فكرة ("نعم، ولكن...") . فمن المفترض أن العميل فرد قادر ومستقل ذاتيًا ذو بصيرة مهمة وأفكار لحل مشكلاته الخاصة. وبالتالى، يتضمن الدوران مع المقاومة دخول الشخص بشكل نشط فى عملية حل المشكلة.

وفى النهاية، تمثل سلوكيات العميل التى يطلق عليها "مقاومة"، فى مقابلة الدافعية، إشارة للقائم بالإرشاد لتغيير المنحى، حيث تعد المقاومة ظاهرة بين شخصية وستؤثر الكيفية التى يستجيب بها المرشد على زيادتها ونقصانها.

المبدأ الثالث: در مع المقاومة
تجنب الجدال من أجل التغيير
المقاومة لا تواجه مباشرة
الدعوة إلى الرؤى الجديدة وليس فرضها.
العميل هو المصدر الأولى فى إيجاد الإجابات والحلول.
تعد المقاومة إشارة كى نستجيب بشكل مختلف للعميل.

٤- ساند الكفاءة الذاتية

يتضمن المبدأ الرابع المهم فى مقابلة الدافعية مفهوم الكفاءة الذاتية الذى يشير إلى اعتقاد الشخص فى قدرته على تنفيذ مهمة محددة والنجاح فيها. وتعد الكفاءة الذاتية عنصرًا مفتاحيًا فى الدافعية للتغيير، وهى منبئ جيد بنتائج العلاج. وقد يتبع المرشد المبادئ الثلاثة الأولى المحددة هنا وبذلك ينمى إدراك العميل أن لديه مشكلة مهمة، فإذا كان العميل يدرك أنه لا أمل أو إمكانية للتغيير بالتالى لن يكون هناك جهد يبذل وتذهب جهود المرشد أدراج الرياح.

على الرغم من أن مصطلح الكفاءة الذاتية حديث نسبياً، فقد عرف المعالجون منذ وقت طويل أن الأمل والإيمان عنصران مهمان فى التغيير(٦)، حيث يمكن أن يكون لتوقعات المرشد الذاتية عن احتمالية تغيير العميل تأثير قوى على النتيجة، ومن ثم يتصرف بما يشبه النبؤة المتحققة ذاتياً[١](٧). فالهدف العام لمقابلة الدافعية هو زيادة ثقة العميل فى قدرته على مواجهة العقبات والنجاح فى التغيير.

الكفاءة الذاتية إذن هى الجانب الآخر من المسئولية الشخصية عن التغيير، حيث يعنى التأكيد على مسئولية العميل عن اتخاذ قرار تغييره وتوجيهه افتراض أنه قادر على فعل هذا، فلا يمكن للعميل عمل التغيير فقط، بل يجب عليه ذلك من منطلق أنه لا يوجد من يمكنه عمل ذلك من أجله. لا تغذى مقابلة الدافعية فكرة أن المرشد سيغير من العميل وعبارة "سأغيرك" ليست رسالة منشودة، الرسالة المناسبة أكثر هى "إذا أردت التغيير، يمكننى مساعدتك". ويمكن تشجيع العميل بذكر نجاحاته السابقة أو نجاحات آخرين فى تغيير السلوك.

المبدأ الرابع: ساند الكفاءة الذاتية
يعد إيمان الفرد بإمكانية التغيير محفزاً مهماً.
العميل، ليس المرشد النفسى، هو المسئول عن اختيار التغيير وتنفيذه.
يصبح اعتقاد المرشد الذاتى فى قدرة العميل على التغيير نبوءة تتحقق ذاتياً.

١ Self - fulfilling prophecy.

ملخص

قبل تعلم طريقة مقابلة الدافعية وفي أثناء ممارستها من الضروري فهم الروح العامة والافتراضات التي تكمن خلفها؛ حيث تقدر مقابلة الدافعية استقلالية الفرد في اختياره وتحترمها، فهي منحى تعاوني وليس فرضيًا يحفز المرشد فيه غريزة الدافعية الذاتية لدى العميل ومصادره من أجل التغيير باعتقاد ضمني أن مثل هذه الدافعية والمبادرة تكمن داخل العميل وتحتاج إلى تحفيزها وليس فرضها من الخارج. ونعتقد أن كل شخص لديه إمكانية قوية للتغيير، ومهمة المرشد هي إطلاق هذه الإمكانية وتيسير عمليات التغيير الطبيعية التي تكون متأصلة بالفعل داخل العميل. تتعلق مقابلة الدافعية بالمساعدة في تحرير الأفراد من التناقض الوجداني الذي أوقعهم في دائرة جهنمية من هزيمة الذات أو تدميرها.

مقابلة الدافعية هي طريقة إكلينيكية تؤدى بمهارة وليست مجموعة من التكنيكات التي يمكن تعلمها بسهولة، وهي أكثر من مجموعة من التكنيكات لعمل الإرشاد، فهي طريقة للوجود مع العملاء ربما تختلف تمامًا عن طرق استخدمت لعلاجهم في الماضي وهي مصممة لحل مشكلات الدافعية التي تمنع التغيير الإيجابي للسلوك. لقد تم تطوير تكنيكات أبسط في جوهر مقابلة الدافعية لاستخدامها عندما يكون وقت التدريب أو الاستشارة محدودًا، ولكن يجب ألا تفهم هذه التكنيكات على أنها تشكل طريقة مقابلة الدافعية.

تنطوي الطرق النوعية على أربعة مبادئ عامة نعرضها في الفصول التالية من الباب الثاني، وقد ناقشناها بعيدًا عن العناصر العملية وكيف تتم، وذلك لنقدم سياق أوسع يتعلق بـ"لماذا" الممارسة. وتدل هذه المبادئ على الجوهر العام والفلسفة التي تقوم عليها مقابلة الدافعية. بالطبع، هذه الطريقة ليست كل ما ينطوي عليه التغيير فهناك كثير من استراتيجيات العلاج النوعية التي يمكن أنت تكون مفيدة تمامًا في حال ما إذا اتبع الأفراد مسار التغيير. يقصد بمقابلة الدافعية تحرير الفرد من أن يظل معلقًا – لبدء حدوث عملية التغيير. فبمجرد أن يبدأ التغيير يحدث بسرعة مع قليل من المساعدة النسبية أو ربما يتطلب فترة من الاستشارة المهنية والمساندة.

ننتقل الآن إلى ثمانية فصول تتناول الأوجه النوعية لممارسة مقابلة الدافعية؛ حيث نناقش فى الفصل الخامس الاستقطاب الخاص بحديث التغيير والمقاومة، الذى يمثل البعد المحورى الذى يرتكز عليه المرشد فى ممارسة مقابلة الدافعية، وفى الفصل السادس نقدم الطرق التى تعد مهمة منذ البداية وكيف يمكن أن تساعدك فى تجنب بعض الشرك الشائعة التى تنتظرك، وتعد هذه الطرق أكثر ملاءمة لبناء دافعية التغيير فى المرحلة الأولى من المرحلتين الكبيرتين فى مقابلة الدافعية. من الفصل السابع إلى الفصل التاسع نشرح ثلاثة مجالات مفتاحية من المهارة الأساسية فى مقابلة الدافعية: الإنصات المتمعن والاستجابة لحديث التغيير والاستجابة للمقاومة. ثم نكمل فى الفصل العاشر مناقشة الطرق المهمة لتقوية الالتزام بالتغيير فى المرحلة الثانية فى مقابلة الدافعية. ويعرض الفصل الحادى عشر لحالة عملية من البداية وحتى النهاية لتوضيح كيف تكون مقابلة الدافعية محبوكة، ثم نتناول فى الفصل الثانى عشر قضايا الأخلاقيات والقيم والأولويات التى تظهر عند ممارسة مقابلة الدافعية.

الهوامش

(1) Rogers (1995).

(2) Rollnick and Miller (1995) :انظر الفصل الثامن عشر، انظر أيضًا

(3) Rollnick, Mason, and Butler (1999).

(4) Miller (1983).

(5) Festinger (1957).

(6) Frank and Frank (1991); Miller (1985); Shapiro (1971).

(7) Jones (1977); Leake and King (1977); Parker, Winstead, and Willi (1979).

الفصل الخامس

التغيير والمقاومة

جانبا العملة

سأل الأمير الصغير "لماذا تشرب؟"

أجاب السكير "حتى أنسى"

تساءل الأمير الصغير، الذى كان بالفعل حزينًا عليه، "تنسى ماذا"

أجاب السكير وهو مضطرب ممسكًا برأسه "أنسى أنى خجل"

سأل الأمير الصغير بإصرار، رغبةً فى مساعدته "خجل من ماذا؟"

أجاب السكير منهيًا حديثه دافعًا نفسه في صمت عميق "خجل من الشراب"

تركه الأمير الصغير وذهب بعيداً وهو فى حيرة من أمره قائلاً "من المؤكد أن كبر السن غريب جداً جداً"

- Antoine De Saint-Exupery, The Little Prince

التناغم والتنافر[1]

عندما تسير الأمور بشكل جيد فى مقابلة الدافعية، يتولد شعور بالحركة سوياً على نحو سلس، مثل راقصين ينزلقان فى قاعة الرقص، وقد تكون هناك بعض الأخطاء، عثرة صغيرة أو فقدان توازن هنا أو هناك، أو أن يدوس الشريكان على أقدام بعضهما، غير أنهما بشكل عام يتحركان معاً.

يكون الشعور مختلفاً تماماً عندما نستبدل التحرك معاً بقائم بالإرشاد وعميل، يكافح كل منهما ضد الآخر ويصارع من أجل السيطرة كخصمين فى مباراة للمصارعة. وربما يكون أحد الخصمين أكبر أو أقوى من الآخر، إلا أن كليهما يسعى ليطعن الآخر وهو يتجنب أن يطعن. تخيل هذا الحوار بين ضابط شرطة ورجل تحت المراقبة خلال زيارة فحص أسبوعية.

الضابط: ماذا فعلت هذا الأسبوع؟

الرجل: ليس كثيراً، حقاً.

الضابط: ماذا عن إيجاد وظيفة؟

الرجل: نعم، كنت أبحث عنها.

الضابط: هل كنت تبحث بجدية؟

الرجل: لقد كنت أبحث، أتصدقنى؟ وملأت استمارتين للعمل هذا الأسبوع.

الضابط: هذا جيد بالنسبة لك، أين ملأت هاتين الاستمارتين؟

الرجل: فى محطة غاز وسوبر ماركت بجوار شقتى. من فضلك، سيكون من الأيسر لى أن أجد وظيفة إذا استرجعت رخصة القيادة الخاصة بى، وإذا لم آت إلى هنا كل أسبوع.

---

[1] Consonance and dissonance

الضابط: أخبرنى إذن لماذا سُحبت منك رخصة القيادة؟

الرجـل: كنت أقود برخصة موقوفة... بحثًا عن عمل!

الضابط: ورخصتك كانت موقوفة بسبب.....

الرجـل: أنت تعرف السبب، لم أدفع الغرامة لمخالفتين، كنت سأستطيع دفعهما لو كنت حصلت على وظيفة.

الضابط: تقول لى إنك فى أسبوع كامل لم تملأ سوى استمارتى وظيفة؟

على الرغم من أن صوتين مثل هذين يتحدثان عن نفس الموضوع، الوظيفة، غير أنهما فى الواقع لديهما أجندات مختلفة تمامًا. فكل منهما يريد شيئًا ما من الآخر، الضابط يريد من الرجل أن يحصل على وظيفة، وبشكل أكثر عمومية أن يعيش أسلوب حياة يتسم بالمسئولية، أما الرجل فيريد حرية أكبر وبشكل أكثر تحديداً يريد استعادة رخصة القيادة الخاصة به، وكلاهما يتجنب فهم الآخر ويسعى لتحويل المحادثة إلى موضوعه المفضل.

اخترنا مصطلحى "متناغم" و"متنافر" بوصفهما قطبى متصل لوصف محادثة (وعلاقة إرشادية) تجرى فى أى وقت. ومن الواضح، فى المثال السابق، أن المحادثة كانت تتجه إلى طرف التنافر من المتصل. يمكن أيضًا فهم طرفى المتصل من خلال مصطلحى "الرقص" و"المصارعة"، ففى كلتا الحالتين يصف الاصطلاح الطبيعة الراهنة للتفاعل، والتعاون الإرشادى أو تذبذب العلاقة على طول متصل التناغم مقابل التنافر.

قد يصف المرشد ذو الطابع الحاد سلوك العميل فى هذا المثال بوصفه دفاعياً أو مقاومًا، فمن منظور المرشد النفسى، "لا يأخذ العميل عجلة القيادة". فى إعدادنا لهذه الطبعة الثانية من الكتاب كان هناك جدل حول إبقاء أو إزالة مصطلح "المقاومة" فى الكتابة عن مقابلة الدافعية، وذلك بسبب وجود أوجه عديدة من المصطلح تسبب لنا المشكلات.

والمسيطر على الموقف نغمة ضمنية تلوم العميل على كونه غير متعاون، أو على الأقل ترجع المشكلة إلى مرض العميل. ما يحدث فى الحادثة السابقة ليس مسئولية العميل وحده بل كليهما مسئول، فهو دالة تفاعلهما . ليس التنافر فى العلاقة الإرشادية نتاج مقاومة سلوك شخص واحد فقط.

وكما سنعرض بالتفصيل فيما يلى فقد قررنا الإبقاء على مفهوم المقاومة وتعديله، فالمقاومة ليست شيئًا يحدث فقط داخل سياق العلاقة أو النسق، هى فى الفيزياء الكهربائية سمة مرتبطة بتدفق التيار داخل النسق، وفى علم النفس الإنسانى هى شىء يحدث بين الأفراد. والصعوبة أنه داخل سياق العلاج النفسى تستخدم المقاومة فى العادة لوصف سلوك شخص واحد فقط هو العميل. وعلى الرغم من أن الطرح له طرح مضاد فى التحليل النفسى، لا يوجد مفهوم يوازى المقاومة المضادة[1] ليصف دور المرشد فى إثارة هذا التفاعل والإبقاء عليه. ونحن، لاحقًا فى هذا الفصل، نقترح مثل هذا المصطلح ونعرض تعريفًا سلوكيًا أكثر تحديداً لمقاومة العميل.

لقد أردنا، عند مستوى أوسع، وصف الطبيعة التذبذبية للعلاقة، وهكذا وصلنا إلى متصل التناغم والتنافر، واستناداً على القياس الموسيقى، لا يمكن الحكم على التنافر من نغمة واحدة بل يتضمن الحكم العلاقة بين النغمات، فهناك دلالة واضحة فى العمل معًا بطريقة متناغمة تختلف عن العمل بطريقة متنافرة. فكلا المصطلحين متضادان مباشرةً على خلاف تشبيه الرقص والمصارعة. وكان ترددنا الوحيد هو احتمالية خلط مفهوم التنافر بمفهوم التنافر المعرفى الذى أحيانًا ما يستخدم فى تصوير مقابلة الدافعية[1]، وإن لم يكن فى هذا الكتاب.

عندما تسير العلاقة متنافرة، من المهم أن نفهم لماذا، حيث يبدو استخدام مصطلح "المقاومة" كمصطلح تفسيرى يشير إلى أن الأمور لا تسير بشكل سلس بسبب شىء ما يفعله شخصٌ واحد (العميل). نحن ندافع عن الرؤية العلاقتية، التى يكون فيها سلوك

---

١ Counterresistance

المقاومة لدى العميل، فى الغالب، مؤشراً للتنافر فى العلاقة. بطريقة ما، من التناقض القول إن شخصًا واحدًا ليس متعاونًا، حيث يتطلب الأمر على الأقل فردين حتى يغيب التعاون وينتج التنافر.

ما الذى يسبب التنافر؟

فى الحوار السابق، كان أحد المصادر المهمة لتنافر الرجلين هو بشكل واضح أن لديهما أجندات وتطلعات مختلفة تمامًا، وفى جزء منه كان الصراع على أى أجندة سيتم التفاوض وأى التطلعات سيتم الوفاء بها، وما حدث هو أنه لم يكن هناك تفاوض على الإطلاق، حيث أراد كل منهما شيئًا ما مختلفًا وتهرب من محاولات الآخر لإقرار موضوع المحادثة.

هناك مصادر كثيرة أخرى محتملة للتواصل المتنافر؛ بجانب أن كلاً من الجانبين له أهداف مختلفة. تنشأ بعض مصادر التنافر من عدم مواءمة استراتيجية المرشد لمستوى استعداد العميل، حتى عندما يتفق كلاهما على موضوع المحادثة.

فمثلاً إذا كان العميل متناقضًا وجدانيًا حيال تغيير معين، واتخذ المرشد المبادرة للحديث عن كيف يمكن للعميل التحرك لإنجاز التغيير، هنا يحدث التنافر. لا يحدث ذلك فقط فى علاقة الإرشاد النفسى بل فى أى تفاعل يتواصل فيه أحد الأشخاص عند مستوى لطلب التغيير أعلى من مستوى استعداد الآخر له[٢]. سواء حضر العميل أو المرشد للجلسة بمستوى مرتفع من الغضب أو الإحباط (كما قد يحدث إذا انتظر العميل المقابلة لفترة طويلة من الزمن)، يمكن أن يكون التنافر فى بدايته، فإذا تعامل المرشد النفسى، بدلاً من أن ينصت، بالطرق التى وصفناها فى الفصل السادس بعوائق الطريق، فمن المحتمل أن يحدث التنافر كما قد يؤدى سوء فهم نيات الآخر إلى التنافر.

يتعلق مصدر آخر للتنافر، له أهمية خاصة فى فهم مقابلة الدافعية، بنقص الاتفاق حول الأدوار فى العلاقة، وهو أمر شائع فى تفاعلات الوالدين مع المراهقين؛ عندما يبلغ المراهقون سن المراهقة تتحول علاقتهم بوالديهم ويظهر التنافر حول مسائل الاستقلال،

الوالد الذى يبقى بشكل متصلب عند موقف "أنا المسئول هنا، وستفعل ما آمرك به أيا كان" ربما يدفع المراهق إلى التهور فيقول بإصرار "لا تستطيع أن تملى علي ما أفعل"، فأدوارهما محددة والمرحلة ممهدة لصراع قوى. يمكن أن تظهر مثل هذه الديناميات عندما يكون لدى المرشد والعميل افتراضات ضمنية مختلفة حول من المسئول ومن سيحدد ما يجب أن يفعله العميل.

تذكر أن التناغم – التنافر هى حالة تذبذب، والسؤال التالى هو ماذا يحدث عندما يظهر التنافر. نعتقد أنها مسئولية المرشد أن يدرك التنافر ويفهم مصدره ويجد الطرق لإعادة التناغم إلى العلاقة المستمرة، وكيف يقوم بذلك هو موضوع رئيسى فى الفصل الثامن.

المقاومة وحديث التغيير

يعود بنا هذا إلى موضوع المقاومة، حيث نستخدم هذا المصطلح، كما هو معتاد، لوصف أنواع أساسية من استجابات العميل، مع العلم أنها تحدث فى سياق تفاعل بين شخصى وتتأثر به. بينما يصف متصل التناغم – التنافر الطبيعة الجارية لعلاقة وتفاعل، نستخدم المقاومة (وحديث التغيير) لنشير إلى سلوك العميل. ضع كلا المكونين معًا، يعد سلوك المقاومة لدى العميل إشارة للتنافر فى العلاقة الإرشادية.

وتعد مقاومة العميل إشارة ذات معنى؛ ففى الإرشاد النفسى، حيث كان السلوك المستهدف مشكلة شرب الكحوليات، وجدنا أن المقاومة، مع تحديدها كما نصفها هنا، تتنبأ بعدم حدوث التغيير فى الشرب وكلما زادت استجابات المقاومة فى أثناء جلسة إرشاد فردية، ازداد شرب العميل عبر الثلاثة والستة والاثنى عشر شهرًا اللاحقين[٣]. أوضح هذا البحث ومزيد من البحوث الأخرى أن سلوك المقاومة لدى العميل يعد تحت التحكم التجريبى للمرشد النفسى؛ فيمكن زيادته أو إنقاصه، حسب طريقة تعامل المرشد مع هذا السلوك[٤].

تماماً كما يعد التناغم والتنافر طرفين متقابلين فى متصل العلاقة، لسلوك المقاومة مقابل مفهوم نطلق عليه الآن "حديث التغيير" (أشرنا إليه فى الطبعة الأولى بمصطلح أكثر صعوبة هو "عبارات الدافعية الذاتية"[١]، الذى وجدناه مصطلحاً مربكاً فى التدريب). للتذكير، حددنا فى الفصل الثالث أربع فئات لحديث التغيير: مساوئ الوضع الراهن ومزايا التغيير والتفاؤل من التغيير ونية التغيير، يعكس حديث التغيير حركة العميل فى اتجاه التغيير بينما تمثل المقاومة الابتعاد عن التغيير والتنبؤ بهذا الابتعاد.

لذلك من المهم بالنسبة للمرشد النفسى أن يتعرف على حديث التغيير واستجابات المقاومة. توجد طرق محددة للتعامل مع كل سلوكيات العميل تلك فى أثناء مقابلة الدافعية. فى الواقع، تعد طرق التعامل موضوعًا رئيسيًا فى الفصلين الثامن والتاسع. تميل مقابلة الدافعية إلى حفز مستويات مرتفعة من حديث التغيير ومستويات منخفضة نسبيًا من المقاومة. وفى المقابل، يميل الإرشاد بالمواجهة إلى حفز مستويات مرتفعة من المقاومة ومستويات منخفضة نسبيًا من حديث التغيير، وينبئ هذا النمط بعدم تغير سلوكى طويل المدى.

هناك طرق كثيرة لتحديد استجابات المقاومة لدى العميل. ركزنا فى طبعتنا الأولى على سلوكيات معينة للعميل قابلة للملاحظة (فى مقابل الاستدلال بالعمليات اللاشعورية)، وقد أعدت فئات السلوك المعروضة فى شكل [٥-١] من نسق قائم على الملاحظة تم تطويره أصلاً فى مؤسسة بحوث أوريجون Oregon لدراسة مقاومة العميل فى أثناء جلسات العلاج[٥]. فى هذا النسق، يوجد أربع فئات كبيرة من مقاومة العميل، وقد وجدت كل واحدة من الفئات الأربع للتنبؤ بعدم تغير السلوك فى المستقبل[٦]، ومن المؤكد، أن هذه الفئات يمكن أن تتداخل. وفيما عدا مراعاة أهداف أساسية للبحوث، ليس من الضرورى الانشغال بأى الفئات هى التصنيف الصحيح بالنسبة لاستجابة معينة لعميل. المهم هو أن هذه الاستجابات إشارة للتنافر فى العملية الإرشادية وربما تعنى أن العميل يبتعد عن اتجاه التغيير.

---

١ Self - motivational statment.

فى الوقت الذى اكتشفنا فيه مزيداً من ديناميات مقابلة الدافعية بدأنا نواجه بعض أوجه القصور فى تعريف المقاومة ببساطة بوصفها سلوكيات مثل عدم الموافقة. فمثلاً، فى كلا المثالين التاليين ربما تسجل استجابة العميل بوصفها جدالاً:

المرضة: مستوى السكر لديك بالفعل غير مستقر، ويجب أن تتوقف عن لعب الروليت الروسى مع الحلوى والأنسولين.

المريض: ليس الأمر بهذا السوء فعلاً، أعرف ما أفعله.

المرضة: قد تكون حريتك فى تناول ما تريد عندما تريد مهمة بالنسبة لك لدرجة أنك على استعداد لتحمل العواقب مهما كانت قاسية.

المريض: حسناً، لا أعرف ما إذا كان ذلك مهماً، لكنى لا أريد أن أفقد بصرى أو قدمى أو أى شىء من هذا القبيل.

إطار [٥-١] الفئات الأربع لسلوك مقاومة العميل

١- الجدال: يفند العميل دقة وخبرة وتكامل المرشد النفسى

١/أ- التحدى: يتحدى العميل مباشرة دقة ما قاله المرشد النفسى.

١/ب- الحسم: يسأل العميل عن السلطة الشخصية للمرشد وخبرته.

١/ج- العدائية: يعبر العميل مباشرة عن عدوان اتجاه المرشد النفسى.

٢- المقاطعة: يقاطع العميل المرشد بطريقة دفاعية.

٢/أ- التدخل فى الكلام: يتكلم العميل فى أثناء كلام المرشد النفسى، دون انتظار وقفة أو سكوت مناسب.

٢/ب- المقاطعة: يقاطع العميل بكلمات مقصود بها بشكل واضح مقاطعة المرشد (مثل، "الآن، انتظر دقيقة فقد سمعت ما يكفى").

٣- النفى: يعبر العميل عن عدم رغبة فى التعرف على المشكلة أو التعاون أو قبول مسئوليته عنها أو تلقى المشورة.

٣/أ- اللوم: يلوم العميل آخرين على مشكلاته.

٣/ب- الرفض: يرفض العميل ما اقترحه المرشد النفسى، دون أن يوفر بديلاً إيجابيًا، يتضمن ذلك الصيغة المألوفة "نعم، لكن..." ليبرهن على خطأ الاقتراحات المطروحة.

٣/ج- التبرير: يبرر العميل سلوكه.

٣/د- ادعاء الحصانة: يدعى العميل أنه ليس فى خطر (مثل خطر الشراب).

٣/هـ- التهوين: يشير العميل إلى أن المرشد يهول من المخاطرة أو الخطورة وأن "حقًا، ليس الأمر بهذا السوء".

٣/و- التشاؤم: يصوغ العميل عبارات عامة عن نفسه أو الآخرين ذات نبرة تشاؤمية أو انهزامية أو سلبية.

٣/ز- التخاذل: يعرب العميل عن تحفظات أو تردد حول المعلومة أو المشورة.

٣/ح- عدم الرغبة فى التغيير: يعرب العميل عن عدم الرغبة أو عدم الإرادة فى التغيير أو النية فى ألا يتغير.

٤- التجاهل: يظهر العميل تجاهله للمرشد النفسى أو عدم اتباعه.

٤/أ- عدم الانتباه: تشير استجابة العميل إلى أنه لا ينتبه للمرشد.

٤/ب- عدم الإجابة: فى الإجابة عن استفسار المرشد النفسى، يعطى العميل استجابة لا تجيب عن السؤال.

٤/ج- لا استجابة: لا يعطى العميل استجابة سواء لفظية أو غير لفظية على استفسار المرشد النفسى.

٤/د- الانحراف عن المسار: يغير العميل مسار المحادثة الذى يتبعه المرشد النفسى.

ملحوظة: معدلة عن Chamberlain, Petterson, Reid, Kavanagh, and Forgatch (1984)

كذلك يمكن أن تحدث مقاطعة لأن العميل يختلف بعنف مع ما يقوله المرشد، أو يمكن أن يتم هذا ليعكس انفعالاً شديداً للعميل حول الأفكار والإمكانات المطروحة. بعبارة أخرى، ومع استثناء استجابات النفى، يمكن أن تمثل الاستجابات اللفظية، والتى تعاملنا معها بوصفها مقاومة، يمكن أن تمثل حركة فى اتجاه التغيير.

قادنا هذا إلى منظور جديد هو: أن المقاومة، مثل الدافعية والكفاءة الذاتية، ترتبط بنوع التغيير، فمثلاً، ربما يكون لدى العميل دافعية شديدة للتوقف عن تعاطى الكوكايين، ولكنه غير منشغل بالتوقف عن تعاطى الكحول أو الماريجوانا. يمكن أن يفهم حديث التغيير وحديث المقاومة فقط فى علاقتهما بنوع معين من التغيير، فالحديث الذى يعكس حركة فى اتجاه هذا التغيير المحدد هو ما أسميناه بعبارات الدافعية الذاتية ونسميه الآن حديث التغيير، والحديث الذى يعكس الابتعاد عن نوع معين من التغيير هو ما نعنى به المقاومة. الرؤية من هذا المنطلق تعنى أن نفس العبارات (مثل "قررت ألا أنفصل عن صديقى") يمكن أن تشكل حديثاً للتغيير بالنسبة لإحدى النتائج (مثل، إصلاح العلاقة")، وتشكل حديثاً للمقاومة بالنسبة لنتيجة أخرى (مثل، التوقف عن تعاطى المخدرات إذا كان الصديق تاجر مخدرات).

لذلك عرفنا المقاومة بوصفها الحديث الذى يشير إلى الابتعاد عن نوع معين من التغيير، وهى بهذه الطريقة صورة مرآوية لحديث التغيير (انظر شكل ٥-٢). تنطوى مقابلات الدافعية على معرفة هذين الشكلين من حديث العميل والاستجابة لهما بطرق معينة.

دور المرشد فى المقاومة

أشرنا فى فصول عديدة إلى أساليب المرشد وسلوكياته التى قد تيسر وتكثف شدة مقاومة العميل، وبالتالى تقلل من احتمالية التغيير. هذه الاستجابات، فى جوهرها، مكملة لمقاومة العميل، تمامًا كما يكمل الطرح المقابل[1] طرح المريض[2] ويدعمه. وقد أشرنا هنا وفى مكانٍ آخر إلى مثل هذه الاستجابات بشكل عام بوصفها "مواجهة" واقترحنا فيما سبق من هذا الفصل فكرة المقاومة المضادة.

كيف تبدو سلوكيات المرشد هذه؟ اخترنا مصطلح "الدفاع"[3] لوصف هذه المجموعة من استجابات المرشد التى تميل لتيسير سلوك المقاومة وتدعمه. ومعنى هذا المصطلح هو أن نجادل أو ندافع عن قضية معينة. وهكذا - مثل الدافعية والكفاءة الذاتية وحديث التغيير والمقاومة - يتعلق الدفاع أيضًا بتغيير معين والمصطلح نفسه محايد من الناحية الأخلاقية. وتعد كثير من "حواجز الطريق" لتوماس جوردون Thomas Gordon (الموصوفة فى الفصل التالى) أمثلة على استجابات الدفاع. (يجب ألا يختلط هذا الاستخدام مع "الدفاع عن العميل" الذى يشير إلى دور المعالج فى تعزيز حقوق العميل وصالحه).

---

١ countertransference.

٢ Transference.

٣ Advocacy.

إطار [٥-٢] حديث التغيير والمقاومة

حـديث التغيـير	حـديث المقـاومـة
مساوئ الحالة الراهنة	مكاسب الحالة الراهنة
مكاسب التغيير	مسائئ التغيير
نية التغيير	نية عدم التغيير
التفاؤل من التغيير	التشاؤم من التغيير

إننا نقترح ستة أنماط عريضة من الاستجابات الدفاعية، كما هى معروضة فى شكل ٥-٣، تجمعها نغمة سائدة بينها: "أنا أعرف أفضل، أنصت إلي". مرة أخرى، تُفهم كل استجابة من هذه الاستجابات فى علاقتها بتغيير معين هو الذى يدافع عنه المرشد النفسى. ومع ذلك، يمكن أن يكون أيضًا لكل استجابة من هذه الاستجابات الدفاعية تأثير مدمر أكثر عمومية على الوئام، حيث تزيد من التنافر فى العلاقة الإرشادية.

ولا يتطلب الأمر إلا قليلاً من مثل هذه الاستجابات لتضر بالاستشارة أو الجلسة أو العلاقة الإرشادية بالكامل. فقد وجدنا فى إحدى الدراسات(٧) أن المرشدين النفسيين الذين تدربوا على مقابلة الدافعية أظهروا زيادة دالة فى الاستجابات المناسبة مثل الإنصات المتمعن والتأكيد وتوجيه أسئلة مفتوحة النهايات، واستمرت هذه الزيادة ثلاثة شهور لاحقة ومع ذلك لم يبد عملاؤهم أى استجابة مختلفة! وبالتالى لاحظنا أنه على الرغم من نجاحنا فى زيادة معدل بعض الاستجابات المتسقة مع مقابلة الدافعية، لم نفعل شيئًا لخفض الاستجابات الدفاعية ويبدو أن الأمر يطلب قليلاً فقط من هذه الاستجابات لإعاقة دافعية العميل للتغيير. والأمر نفسه فى العلاقات بشكل عام، فربما تستغرق وقتًا طويلاً لبناء الثقة والحميمية غير أنك لا تستغرق إلا زمنًا قصيراً لتدميرها.

إطار [٥-٣] الأنماط الستة للاستجابات الدفاعية لدى المرشد النفسي

١- الجدال من أجل التغيير: حيث يتخذ المرشد مباشرة الجانب المؤيد لتغيير التناقض الوجداني في مشكلة معينة ويسعى لإقناع العميل بعمل التغيير.

٢- افتراض دور الخبير: يبني المرشد المحادثة بطريقة التواصل باعتبار أن المرشد "لديه الإجابات"، "ينطوي ذلك على فخ السؤال - الإجابة حيث يتم توجيه عديد من الأسئلة المفتوحة كما لو كان المرشد يلقي محاضرة على العميل.

٣- الانتقاد والإحراج واللوم: النية الكامنة لدى المرشد لتوجيه صدمة للعميل ووضعه في التغيير من خلال غرس الانفعالات السلبية فيه اتجاه حالته الراهنة.

٤- التسمية: يقترح المرشد قبول عنوان أو تشخيص معين لتمييز أو توضيح سلوك العميل، ويكون التركيز حول "من" هو العميل أو "ماذا لديه" بدلاً من التركيز حول ما يفعله.

٥- أن يكون المرشد في عجلة من أمره: أحيانا ما يسبب شعور المرشد بضيق الوقت في أن يستعين بالخطط الواضحة القوية للحصول على الهدف. من خبرته في العمل مع الخيل، لاحظ مونتي روبرتس Monty Roberts[٨] مفارقة أنه "إذا تصرفت كما لو أن لديك قليلاً من الدقائق فقط" ربما يستغرق ذلك اليوم كله لإنجاز تغيير، في حين "لو تصرفت كما لو أن لديك اليوم كله" ربما يستغرق ذلك قليلاً من الدقائق. وفي الإرشاد النفسي، غالبًا ما يتخذ هذا شكل أن يسبق المرشد درجة استعداد العميل.

٦- ادعاء التفوق: في النهاية، تستثار المقاومة عندما يدعي المرشد التفوق - إن أهداف المرشد ورؤاه تتغلب على أهداف العميل ورؤاه والشكل المثالي لذلك هو المنحى الأبوي "أنا أعرف ما هو أفضل بالنسبة لك".

كما هو الحال فى حواجز الطريق فى الفصل السادس، لا نعنى بهذا القول إن هناك خطأ دائمًا فى الاستجابة بشكل دفاعى، فهناك أوقات فيها يطلب العميل بشكل محدد الاستفادة من الخبرة، مثلاً، المريض المصاب بطفح جلدى أو عدوى عادةً ما يريد رأى الطبيب الخبير وعلاجه. ومعرفة التشخيص الصحيح يمكن أن تكون خطوة مهمة فى علاج الاضطراب ثنائى القطب أو الدرن. ومع ذلك، عندما تقتحم الاستجابات الدفاعية الاستشارات حول سلوك ما غالبًا ما تكون مضرة، ويجب أن ينصب الاهتمام على بناء دافعية ذاتية لدى العميل للتغير وهو الموضوع الذى نتناوله فى الفصل السادس.

ملخص

لابد أن تُفهم استجابات العميل فى سياق العلاقة الإرشادية، وهى تتأثر بالتالى بالكيفية التى يتعامل بها المرشد مع هذه الاستجابات، حيث تتأرجح العلاقة الإرشادية طوال الوقت على متصل من التناغم إلى التنافر. وتعد استجابات العميل الأساسية، لا سيما حديث التغيير والمقاومة، علامات على التناغم والتنافر وهى أيضًا منبئات ذات دلالة على احتمالية تغير السلوك. وتثير استجابات إرشادية معينة المقاومة وتضخمها، ومن المهم تذكر أن "أولاً، لا تسبب الأذى"، حتى ولو كان الوقت ضيقًا وخاصةً لو كان كذلك، حيث يستجيب المرشد فى أثناء مقابلة الدافعية بطريقة خاصة لحديث التغيير ليدعمه وللمقاومة ليخفضها وتهدف كلا الاستجابتين لحل التناقض الوجدانى وحفز تغيير السلوك. ولذلك يعد التعرف على كلا النمطين من سلوك العميل مهارة مهمة فى مقابلة الدافعية.

الهوامش

(1) Miller (1983).

(2) Amrhein (1992).

(3) Miller, Benefield, and Tonigan (1993).

(4) Patterson and Forgatch (1985).

(5) Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, and Forgatch (1984).

(6) Miller et al. (1993).

(7) Miller and Mount (2001).

(8) Roberts (1997).

الفصل السادس

المرحلة الأولى

بناء الدافعية للتغيير

ما يحتاجه الأفراد حقًا هو إنصات جيد لهم.

- Mary Lou Casey

لا يستمتع الأهوج بالفهم، إنه يستمتع فقط بالتعبير عن رأيه الشخصى.

- Proverbs 18:2

لقد أشرنا إلى أن مقابلة الدافعية تحدث فى مرحلتين مختلفتين لهما أهداف متباينة بعض الشىء، وإن تداخلت؛ تتضمن المرحلة الأولى بناء دافعية ذاتية للتغيير. فإذا كان المريض بادئًا من أسفل منحدر جبل الدافعية، ربما يشعره ذلك بما يشبه عملية طويلة متدرجة بما يشبه خطوة زلاجة الثلج خطوة واحدة فى الوقت الواحد. وفى مرحلة ما تبلغ أهمية التغيير الذروة بشكل كافٍ لبدء التحدث عن استراتيجيات التغيير بدلاً من الحديث عن أسبابه. بينما تتضمن المرحلة الثانية تقوية الالتزام بالتغيير وإعداد خطة لإنجازه، وغالبًا ما تكون هذه هى المهمة الأسهل، وهى تشبه كثيرًا التزحلق إلى أسفل القمة، ويكون التحدى فى تجنب النتوءات والأشجار والصخور على طول الطريق.

لأن الهدف العام فى المرحلة الأولى هو حل التناقض الوجدانى وبناء الدافعية للتغيير فسيعتمد كم العمل المنجز على النقطة التى يبدأ منها العميل. فبعض الأفراد يأتون للإرشاد النفسى مقتنعين بالفعل أن هناك أسباباً كافية بالنسبة لهم لعمل التغيير، وبالتالى يكون هناك القليل لفعله فى هذه المرحلة فيما عدا اكتساب الفهم الواضح لتلك الأسباب من منظور العميل. لا يوجد ما يدعو لتطويل المرحلة الأولى إذا ما كان العميل مستعداً للتزحلق.

ومع ذلك، فإن البعد الذى لم نوله اهتماماً كافياً فى طبعتنا الأولى هو ثقة العميل فى قدرته على التغيير. امتداداً لمثالنا عن تسلق الجبال، وصل العميل لقمة الجبل، ولكن لا توجد مزالج للتزحلق.

الأهمية والثقة

من المفيد لفهم التناقض الوجدانى لدى الشخص معرفة إدراكه لكل من الأهمية والثقة، فكلاهما بحاجة للمعالجة فى المرحلة الأولى لأنهما مكونان لدافعية العميل الذاتية للتغيير. إحدى الطرق البسيطة التى استخدمناها هى مسطرة متدرجة من صفر إلى عشرة لكل بعد منهما. أحياناً نوجه السؤال مباشرةً مستخدمين هذا المقياس؛

"ما مدى أهمية.......... بالنسبة لك؟ على مقياس من صفر إلى عشرة، حيث يشير الصفر إلى أنه غير مهم على الإطلاق وتعنى العشرة أنه فى غاية الأهمية، فأين تعتبر نفسك على هذا المدرج؟

١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩
١٠								
غير مهم إطلاقًا						**فى غاية الأهمية**		

وما مدى الثقة لديك، أى إذا قررت أن........، تستطيع أن تفعل ذلك بدرجة ثقة؟ على نفس المقياس من صفر إلى عشرة، حيث يشير الصفر إلى عدم الثقة على الإطلاق والعشرة إلى تمام الثقة، فأين تقع على مدرج الثقة؟"

ليس من الضرورى أن نعرض مسطرة على العميل، ومع ذلك ربما يكون عرضها مفيداً أحياناً. والأمر يتم ببساطة حيث تصف للعميل المقياس بلغة مثل التى قدمناها آنفاً، ويفضل البعض عدم استخدام مقياس رقمى على الإطلاق وأن يتحدث فقط عن مدى الأهمية والثقة ويصل إلى تقدير لموقع العميل على كلا البعدين. أيا كانت الطريقة التى اتبعتها، الفكرة هى الوصول لمعرفة ما مدى الأهمية التى يدركها العميل للتغيير وما مدى ثقته أنه قادر على عمل هذا التغيير. لاحظ أن السؤال الثانى قد صيغ بعبارة شرطية: ما مدى ثقتك أنك تستطيع عمل التغيير إذا قررت؟ يسمح ذلك بفصل الثقة بعض الشيء عن الأهمية، حيث يمكن للعميل أن يعطيك تقديراً عن مدى ثقته فى عمل التغيير دون أن يوافق على أهمية التغيير.

إفراطاً فى التبسيط للحظة، افترض أننا يمكننا التفكير فى كل من البعدين على أساس أنه مرتفع أو منخفض، ينتج عن هذا أربعة بروفيلات ممكنه (انظر إطار ٦-١).

بالنسبة للمجموعة «أ» و «ب» و «ج» هناك عمل لإنجازه فى المرحلة الأولى. بالنسبة لـ «أ» و «ب» هو عمل عن الأهمية، فما لم يدرك العميل التغيير على أنه مهم بما يكفى، فمن غير المحتمل أن يحدث هذا التغيير. بالنسبة للمجموعة «ج» هناك بالفعل أهمية مدركة وما يحتاجونه هو الكفاءة الذاتية، وهى طريقة فعالة لمتابعة التغيير الذى يؤمنون به يمكنهم النجاح فيه، وهذه أيضاً المهمة بالنسبة لمجموعة «أ» غير أن كلاً من الأهمية والثقة منخفضتان فى هذه المجموعة.

الواقع أكثر تعقيداً من ذلك، فبدلاً من مقابلة مجموعتين، مرتفعة ومنخفضة، يتباين الأفراد على طول متصل لكل بعد. علاوة على ذلك، يتناول هذان المقياسان أوجه الإرادة والقدرة للدافعية، لكنهما لا يتناولان البعد الثالث وهو الاستعداد. تقول المجموعة «د» إنهم يريدون (أهمية) التغيير، وهم قادرون عليه (ثقة)، غير أنهم مازالوا غير مستعدين لعمله.

إطار [٦-١] البروفيلات الأربعة للعميل

المجموعة «أ»: أهمية منخفضة وثقة منخفضة

لا يرى هؤلاء العملاء التغيير مهمًا ولا يعتقدون أنهم قادرون على النجاح فى عمل هذا التغيير إذا حاولوا.

المجموعة «ب»: أهمية منخفضة وثقة مرتفعة

يثق هؤلاء العملاء أنهم قادرون على عمل التغيير إذا رأوا أنه مهم غير أنهم غير مقتنعين بأنهم يريدون التغيير

المجموعة «ج»: أهمية مرتفعة وثقة منخفضة

المشكلة هنا ليست الرغبة فى التغيير، حيث يعرب هؤلاء العملاء عن رغبة فى عمل التغيير، لكن المشكلة هى انخفاض الثقة أنهم قادرون على النجاح إذا حاولوا.

المجموعة «د»: أهمية مرتفعة وثقة مرتفعة

يرى هؤلاء العملاء التغيير مهمًا ويعتقدون أيضًا أنهم قادرون على النجاح فى عمله.

ترتبط هذه الأبعاد الثلاثة – الاستعداد والإرادة والقدرة – ببعضها بعضًا بشكل معقد، حيث ينطوى الاستعداد على الأقل على درجة ما من الأهمية والثقة. والشخص الذى لا يرى التغيير مهمًا من غير المحتمل أن يكون مستعدًا له، وبالمثل العملاء الذين يرون التغيير مستحيلاً من غير المحتمل أن يقولوا إنهم مستعدون لفعله. وإذا كانت الأهمية مرتفعة بما يكفى، ربما يظل ذوو الثقة المنخفضة يقولون إنهم مستعدون للمحاولة. وكذلك من الممكن أن تتفاعل الأهمية مع الثقة بطرق أخرى. فالشخص ذو الثقة المنخفضة جدًا ربما يكره اعتبار التغيير مهمًا. وتعد الأهمية المرتفعة مع الثقة المنخفضة

(مجموعة «د») مجالاً للمشقة، لأن مثل هؤلاء الأفراد يرون الخطر، لكن لا مفر للهرب منه، أو أنهم يرون وعداً بعيداً عن متناولهم. ونظراً للثقة المنخفضة، ربما يكره الشخص اكتشاف الأهمية لأنه "ما أهمية التفكير فى الأمر؟" لماذا يرغب أى فرد فى أن ينتقل من المجموعة «أ» إلى المجموعة «ج»؟ إذن، ربما يمثل انخفاض الثقة عقبة، فى المجموعة «أ»، أمام تنمية التباين (الأهمية) خلال المرحلة الأولى.

من الممكن أن تنطوى المرحلة الأولى إذن على عمل خاص بالأهمية أو عمل خاص بالثقة أو على كليهما. وعندما يكون كلاهما مطلوباً يكون الأمر يسيراً. ربما يكون من الضرورى تناول الثقة أولاً قبل أن ينخرط الشخص فى مناقشة مسائل الأهمية. وقد يكون هذا هو الحال مع مدخن يائس لديه عديد من محاولات الإقلاع غير الناجحة. سيتمسك آخرون بالأهمية أولاً ثم يتناولون مسائل الثقة لاحقاً، وغالباً ما يتم مناقشة الأهمية والثقة كليهما معاً فى وقت واحد أو من خلال الذهاب والعودة بينهما.

يركز هذا الفصل على كيف تبدأ المرحلة الأولى. ونعرض الآن لبعض الطرق الافتتاحية لمقابلة الدافعية التى ستسمح لك بممارسة المبادئ التى حددناها فى الفصل الخامس؛ ونبدأ بشرح بعض الشرك التى من الممكن الوقوع فيها مبكراً فى مقابلة الدافعية، مع أمثلة محددة لحوار إرشادى لتوضيح كيف يمكن أن يقع المرشد فى هذه الشرك أو يتجنبها. تعد هذه الشرك، فى جوهرها، أشكالاً مختلفة من دفاع المرشد كما هو موصوف فى الفصل الخامس.

بعض الشرك المبكرة لكى يمكن تجنبها

شرك السؤال - الإجابة

فى بداية العملية الإرشادية من السهل الوقوع فى نمط توجيه المرشد الأسئلة التى يعطى عنها العميل إجابات قصيرة. يشبه ذلك ما قد يحدث عندما يجرى الطبيب فحصاً طبياً عاماً: حيث يجيب المريض بـ"نعم" أو "لا" على مسح طويل لمجالات محتملة أن يحدث بها مشكلات. وقد يحدث ذلك جزئياً لأن المرشد يشعر بحاجة لمعلومات

محددة، وقد يكون ذلك أيضًا استجابة للقلق - سواء بالنسبة للمرشد النفسى، الذى يريد أن يسيطر، أو العميل الذى يكون أكثر راحة مع القابلية للتنبؤ الآمن من خلال هذا الدور السلبى. وبالفعل، يرتبط المرشد القلق بالاستجابة الأقل مواجدة وربما يفضل الشكل المحدد من المقابلات ذات السؤال - الإجابة (١). وفى هذا الشرك، يتحكم المرشد "الخبير" فى الجلسة من خلال توجيه أسئلة، بينما يرد العميل بإجابات قصيرة فحسب. نعرض لمثال هنا، وفى هذه الأجزاء والأجزاء التالية صممنا الحوار كما لو كان يحدث بين مرشد نفسى - القائم بالمقابلة وعميل؛

القائم بالمقابلة: أنت هنا للتحدث عن المقامرة، أليس كذلك؟

العميل: نعم، هو كذلك.

القائم بالمقابلة: هل تعتقد أنك تقامر أكثر من اللازم؟

العميل: ربما.

القائم بالمقابلة: ما لعبتك المفضلة؟

العميل: بلاك جاك.

القائم بالمقابلة: هل عادةً تشرب عندما تقامر؟

العميل: نعم عادةً أشرب عندما أقامر.

القائم بالمقابلة: هل استدنت من قبل بشكل كبير بسبب المقامرة؟

العميل: نعم، مرة أو مرتين.

القائم بالمقابلة: استدنت إلى أى حد؟

العميل: مرة اقترضت ثمانية آلاف لسداد دينى.

القائم بالمقابلة: هل أنت متزوج؟

العميل: لا، أنا مطلق.

القائم بالمقابلة: مطلق منذ متى؟

العميل: منذ عامين.

يمكن أن يتم مثل هذا بسهولة، إلا أن هناك أوجهًا سلبية عديدة فى هذا النمط من المقابلات؛ أولاً، هى تجعل العميل يعطى إجابات قصيرة وبسيطة بدلاً من تقديم نوع من الإجابات التفصيلية المطلوبة فى مقابلة الدافعية. ثانيًا، ينطوى هذا النوع من المقابلات بشكل ضمنى على تفاعل بين مرشد نفسى خبير ونشط ومريض سلبى: إذا كانت المهمة مجرد توجيه أسئلة كافية، فإنك ستحصل على الإجابة. يوفر هذا فرصة ضئيلة للمرشد النفسى كى يستكشف الدافعية ويعرض حديث التغيير.

هذا الشرك من السهل تجنبه نسبيًا، فإذا كنتِ بحاجة لمعلومات عيانية فى البداية من الأفضل أن تحصل من العميل على استبيان كامل قبل المقابلة الإرشادية وتحفظ المعلومات التفصيلية الأخرى للاستخدام اللاحق. يحميك هذا من الخوض فى بطارية الأسئلة ذات الإجابات القصيرة. وتعد الأسئلة مفتوحة النهاية وطرق الإنصات المتمعن الموضحة لاحقًا مفيدة جداً أيضًا فى الالتفاف حول شرك السؤال – الإجابة.

ومع ذلك، هناك شكل أكثر خفاءً من نفس الشرك، مما يتضمن أسئلة مفتوحة النهاية، فالطريقة الأفضل عادةً هى توجيه أسئلة مفتوحة النهاية، وبالتالى لا يكون الرد على استجابة العميل بسؤال آخر، بل بإنصات متمعن. فاستخدام سلسلة من الأسئلة مفتوحة النهاية دون إنصات متمعن كافٍ ربما يكون له تأثير مشابه لاستخدام سلسلة من الأسئلة المغلقة، حيث يوجه العميل نحو دور سلبى، سؤال – إجابة. وبصفة عامة، تجنب طرح ثلاثة أسئلة على التوالى.

شرك اتخاذ جانب

من منظور مقابلة الدافعية، يعد اتخاذ جانب من أهم الشرك التى لابد من تجنبها، وهو شرك شائع. حيث يقع فيه المرشدون النفسيون بحسن نية وبتصور معين عن عمليات الدافعية. فإذا قام المرشد بحركات افتتاحية خاطئة سيتخذ معظم العملاء بسهولة هذا النمط جنبًا إلى جنب.

كيف يحدث هذا الشرك؟ السيناريو المألوف هو أن المرشد يكتشف بعض المعلومات التى تشير إلى وجود مشكلة (مثل "الكحولية")، ويبدأ فى إخبار العميل بأنه فى مشكلة خطيرة ويصف مساراً معيناً للفعل، وبالتالى يعرب العميل عن بعض التأرجح حيال ذلك معبراً بعبارات تسير فى خطين عامين: "حقًا، المشكلة ليست بهذا السوء" و"لا أحتاج فعلاً لهذا التغيير كثيراً".

تعد هذه الاستجابة طبيعية ومتوقعة تمامًا، فإذا كان العملاء يدخلون الإرشاد النفسى وهم فى حالة تناقض وجدانى، فإنهم يشعرون بطريقتين حيال وضعهم الراهن: إنهم يريدون هذا الوضع ولا يريدونه، ويعتقدون ربما وجب عليهم التغيير لكنهم مازالوا متخاذلين عن الإقلاع عن النمط الحالى، فهم فى صراع. فإذا دافع المرشد عن جانب واحد من الصراع، يكون من الطبيعى بالنسبة للعميل أن يعطى صوته للجانب الآخر. نعطى مثلاً هنا:

القائم بالمقابلة: حسنًا، يبدو واضحًا بالنسبة لى أن لديك مشكلة شرب خطيرة، حيث تظهر عليك كثير من علامات الكحولية.

العميل: ماذا تقصد بذلك؟

القائم بالمقابلة: حسنًا، فقدت وعيك بسبب الكحول وتشعر بالانزعاج عندما لم تتمكن من الشرب، وتفقد السيطرة فى شربك.

العميل: ولكن كثيراً من الأفراد الذين أعرفهم يشربون بنفس الطريقة.

القائم بالمقابلة: ربما يحدث ذلك وربما لا، لكننا هنا لا نتحدث عن الآخرين بل نتحدث عنك.

العميل: لكنى لا أعتقد أن هذا الأمر خطير.

القائم بالمقابلة: ليس خطيراً! إنه مجرد حظ أنك لم توقف من قبل الشرطة أو أنك لم تقتل شخصاً ما من القيادة وأنت ثمل.

العميل: لقد أخبرتك، يمكننى القيادة بشكل جيد، لم يحدث لى مشكلة من قبل.

القائم بالمقابلة: وماذا عن عائلتك؟ إنهم يعتقدون أنك تشرب بشكل زائد عن الحد وأنك غير قادر على الإقلاع عن الشرب.

العميل: أوه، فران Fran من عائلة تمتنع عن شرب الخمور، ليس خطأى، فهم يعتقدون أن أى شخص يشرب ثلاث مرات، يعد كحوليًا.

من خلال اتخاذ جانب مسئولية "تغيير - المشكلة" فى الصراع، ييسر المرشد العبارات المضادة "لا- مشكلة" من العميل. وكلما دافع المرشد عن جانب واحد بشدة دافع العميل عن الجانب الآخر بنشاط أكبر. إنه سيناريو مألوف، وربما يكون واحداً من السيناريوهات التى خاضها العميل من قبل مع آخرين. ويستطيع العملاء فى هذا الموقف التحدث عن أنفسهم خارج التغيير ويسمعون أنفسهم يجادلون بشدة أنهم لا يعانون من مشكلة ولا يحتاجون لتغيير، وهم مقتنعون بذلك. فقليل من الأفراد هم من يستمتعون بفقدان الحجة أو إثبات كونهم على خطأ.

ربما يقع المرشد سهواً فى شرك اتخاذ جانب، حتى إن لم يكن يقصد بشكل واعٍ الدفاع عن أو تحفيز جانب معين. انظر إلى هذين المثالين من الإرشاد النفسى اللذين يركزان على اختيار وسط التناقض الوجدانى - قرار إنجاب أو عدم إنجاب أطفال.

العميلة: أظن أن أكثر المسائل الضاغطة بالنسبة لى هى وجود أسرة، لقد تخطيت الثلاثين، وإذا كان لابد أن يصبح لدي أطفال فقد حان الوقت.

القائم بالمقابلة: ساعتكِ البيولوجية تدق.

العميلة: نعم، يجب حقًا أن أتخذ قراراً فى ذلك.

القائم بالمقابلة: لذلك تتسائلين الآن حول ما إذا كنتِ تريدين أسرة؟

العميلة: أظن أننى فكرت دائمًا فى أن يكون لدي أطفال فى مرحلة ما، الأمر فقط أن كلينا كان لابد أن يتخرج ثم يبدأ العمل، وفجأة عمرى أصبح أربعة وثلاثين عامًا.

القائم بالمقابلة: بالطبع، النساء الآن ينجبن أطفالاً، وهن فى سن متأخرة.

العميلة: ولكن ألا يعد الأمر مخاطرة؟

القائم بالمقابلة: نعم، المخاطر تزيد مع السن، غير أنها مازالت منخفضة نسبيًا ومن الممكن أن تقومى باختبار جيد قبل الحمل.

العميلة: إذا أصبحت حاملاً ووجدت أن هناك خطأ ما لا أعرف ماذا أفعل حين ذاك.

القائم بالمقابلة: هناك عدة خيارات.

العميلة: أعرف ذلك، لكنى أقصد - أظن أننى لست متأكدة فحسب ما إذا كنت أريد بالفعل أن أغامر.

القائم بالمقابلة: ولما لا؟

العميلة: لسبب واحد، إنه التزام طويل المدى، تعطى عشرين عامًا من حياتك - أو أكثر، حقًا، لأن كونك والدًا أو والدةً لا ينتهى ذلك أبدًا.

القائم بالمقابلة: بالطبع، هناك بعض الإيجابيات أيضًا، إنها نوع خاص جدًا من العلاقات التى لا يمكنكِ أن تجديها مع إنسان آخر بأى طريقة.

العميلة: لست متأكدة، على الرغم من أننى أريد فعلاً هذا النوع من العلاقات مع طفل واحد فقط أو طفلين، أنا مدرسة وبشكل ما يمكننى فعل الكثير من الخير للأطفال إذا لم أتقيد بعشرين عامًا فى تربية أطفالى وهو أمر مكلف جدًا أن تربى أطفالاً هذه الأيام!

القائم بالمقابلة: ومع ذلك، هناك شعور أنك ستفتقدين شيئًا ما.

العميلة: فعلاً، سأفتقد شيئًا ما فى كلا الحالتين، فإذا كان لدي أطفالى سأفتقد كل الفرص التى من الممكن أن تحدث فى الوقت الذى أمنحه لهم.

القائم بالمقابلة: ماذا عن طفلٍ واحد؟

العميلة: لا أعتقد أن من العدل أن ينجب الفرد طفلاً واحدًا، الحاجة لأخ أو أخت، إنها نوع خاص من العلاقات.

القائم بالمقابلة: مثل كونك والدة.

العميلة: حسنًا، نعم ولا، عادةً لا تقضى الجزء الأفضل من حياتك فى تربية ولد.

القائم بالمقابلة: ما أريد قوله هنا إنى قلق بما إذا كانت ساعتكِ البيولوجية تدق، وربما تندمين بشدة لاحقًا.

العميلة: ولكنى أعتقد أن هذا أفضل من العكس. أعرف نادمين على إنجاب أطفال، لا يقولون ذلك فى العادة غير أنهم يتساءلون بشدة كيف كانت ستبدو حياتهم لو لم يكن لديهم أطفال. أعتقد أن الأطفال لا يمكنهم إلا أن يشعروا بهذا.

القائم بالمقابلة: أنا متأكد أن هذا يحدث أحيانًا، غير أن معظم الآباء يجدون هذا الأمر ممتعًا جدًا. حقًا كونك أمًا يتطلب ذلك الكثير منك غير أنه يعطيك أيضًا شيئًا ما خاصًا جدًا......

افترض الآن نفس العميلة والسيناريو، ولكن تصادف أن المرشد لأى سبب ذهب فى الاتجاه الآخر منذ البداية.

العميلة: أظن أن أكثر المسائل الضاغطة بالنسبة لى هى وجود أسرة، لقد تخطيت الثلاثين، وإذا كان لابد أن يصبح لدي أطفال فقد حان الوقت.

القائم بالمقابلة: ساعتك البيولوجية تدق.

العميلة: نعم، علي أن أتخذ قرارًا فى ذلك.

القائم بالمقابلة: لذلك تتسائلين الآن حول ما إذا كنتِ تريدين أسرة.

العميلة: أظن أننى فكرت دائمًا فى أن يكون لدي أطفال فى مرحلة ما، الأمر فقط أن كلينا لابد أن يتخرج ثم يبدأ العمل وفجاة عمرى أربعة وثلاثون عامًا.

القائم بالمقابلة: لذلك ربما يكون الوقت متأخرًا قليلاً للبدء فى تكوين أسرة.

العميلة: أوه، لا أعرف. كثير من الأفراد الذين ينجبون أطفالاً الآن هم أكبر منى سنًا، إنه أمر شائع حقًا.

القـــائم بالمقـابلة: لا أقول إن ذلك غير شـــائع، ربما شـــعـــرت ببعض الـــتردد في صــوتك.

العميلة: حسنًا، بالطبع أنا مترددة بعض الشيء إنه تغيير كبير في الحياة، لكني شعرت دائما بأنه سيكون لدي أطفال في وقت ما وقد حان الوقت الآن.

القائم بالمقابلة: لماذا؟ ماذا يعجبك في أن يكون لديك أسرة؟

العميلة: حقًا، إنه من الصعب القول - هذا ما أشعر به في الغالب، أظن أنه من الجيد أن يكون لديك أطفال حين تكبر - شخص ما يعتني بك.

القائم بالمقابلة: طبعًا، لا يحدث ذلك دائمًا.

العميلة: أعرف، إنـها أيضًا خبرة لا أرغب في أن أفقدها. هناك في الحياة ما هو أكثر من العمل وأشعر أنني سأكون بحال جيدة كوني أمًا.

القائم بالمقابلة: ما المكاسب الأخرى التي ترينها؟

العميلة: ليست مكاسب، حقا.

القائم بالمقابلة: لا يعجبك أن يكون لديك أطفال كي تتركيهم.

العميلة: صحيـــح! هنـــاك شيء ما حـــول كوني جـــزءًا من حياة جديدة جـــزءًا من المستقبل.

القائم بالمقابلة: تبدو في كلامك رومانسية جميلة.

العميلة: حسنًا، أعتقـــد أنها كذلك! أعـــرف أنها ليست كلهـــا ورديـــة وتكلف ثروة وستدخل نفسك في ألم، يستغـــرق الأمر زمنـــًا حتى تربي أطفـــالاً. عليك أن تقدم الكثير.

القائم بالمقابلة: يكلفك هذا الأمر الكثير، ليس فقط من المال بل من الوقت أيضًا.

العميلة: ومع هذا أشعر أن الأمر يستحق ذلك......

ربما ترك العميل الجلسة الأولى من هذه الجلسات وهو يشعر بمزيد من الالتزام نحو كونه بلا عائلة. وفى المثال الثانى، نفس حديث التغيير لدى نفس الشخص، اتخاذ المرشد أحد الجانبين ربما قاد العميل نحو الجانب الآخر، فى اتجاه اختيار إنجاب طفل. الطريقة الموصوفة فى الفصل الثامن يمكن أن تكون مفيدة بصفة خاصة فى تجنب فخ اتخاذ أحد الجانبين. وفى بعض الحالات، سترغب فى تجنب أى الجانبين على الإطلاق. ففى المواقف التى يكون فيها المنحى التوجيهى أنسب تكون المهارة فى تجنب إغراء اتخاذ الجانب "الخير" من الجدال.

شرك الخبير

من الممكن أن يقع المرشد النشط والكفء دون قصد فى شرك الخبرة من خلال ترك انطباع أن لديه كل الإجابات. مثل شرك السؤال – الإجابة، التأثير الأكثر شيوعًا لهذا الشرك هو وضع الأفراد فى دور سلبى، وهو ما يتعارض مع الأهداف الأساسية لمقابلة الدافعية – إعطاء الأفراد الفرصة لاكتشاف التناقض الوجدانى لديهم وحله بأنفسهم. يمكن أن تقود الرغبة الصادقة المرشد إلى محاولة "إصلاح" الموقف للعميل والتحول إلى حل المشكلة وتقديم إجابات وحلول. هناك وقت مناسب لرأى الخبير (انظر الفصل التاسع)، غير أن التركيز فى المرحلة الأولى ينصب على بناء الدافعية الذاتية للعميل، ومن غير المحتمل أن يحدث ذلك إذا وضع العميل فى دور المستقبل السلبى لنصائح المرشد النفسى.

خلال مقابلة الدافعية، العميل هو الخبير فى الواقع، لا أحد يعرف أفضل عن موقف العميل وقيمه وأهدافه واهتماماته ومهاراته ولا أحد يكون فى موقف أفضل منه ليتوقع كيف سيكون التغيير ملائمًا لحياته. والجدير بالذكر الصورة التى تخيلناها فى الفصل الثالث لشخصين يجلسان جنبًا إلى جنب يتأملان ألبوم العائلة أو سجل القصاصات. وهى صورة تختلف تمامًا عن صورة حاجٍ يسعى للهداية فى ظل المولى. مقابلات الدافعية هى تآزر وليست تنصيبًا.

شرك التشخيص والتسمية

يمكن أن يتورط المرشدون النفسيون بسهولة أيضاً في قضية التشخيص، حيث يعتقد البعض أنه من المهم بشكل كبير أن يقبل العميل (أو أن "يعترف" حتى) بتشخيص المرشد ("أنت كحولي" و"أنت في حالة إنكار"، إلخ). ولأن مثل هذه العناوين تحمل وصمة معينة في الأوساط العامة فليس من المستغرب أن الأفراد ذوي التقدير الذاتي المعقول يقاومونها. وحتى في مجال مشكلات الكحول، حيث يكون التأكيد على التشخيص مهماً (على الأقل في الولايات المتحدة)، هناك برهان ضئيل على وجود فائدة من دفع الأفراد ليقبلوا عنوان مثل "كحولي" وتوصي فلسفة الكحوليين المجهولين (AA) تحديداً بمناهضة مثل هذه التسمية.

هناك في الغالب ديناميات ضمنية في جدل التشخيص، ربما يكون صراع القوة الذي يسعى إليه المرشد لتأكيد سيطرته وخبرته. ومع أعضاء الأسرة، ربما تمثل التسمية تواصلاً حكاماً. فبالنسبة لبعض الأفراد، يمكن أن يثير، حتى ما لا يبدو ضاراً الإشارة «ب» "مشكلتك مع......"، مشاعر غير مريحة بكونه موضوعاً في زاوية. وبالطبع يكون الخطر في أن صراع التسمية يحرض التنافر الذي يؤدي إلى اتخاذ جانب وبالتالي يعوق التقدم.

لذلك أوصينا بعدم التأكيد على التشخيص في برنامج مقابلة الدافعية، حيث يمكن اكتشاف مشكلات العميل بالكامل دون استخدام التشخيص الذي يثير تنافر غير ضروري. فإذا لم تظهر مشكلة التشخيص أبداً فلا داعي لإثارتها. ومع ذلك، سيثير العميل في الغالب مشكلة التشخيص وفي هذه الحالة يكون المهم هو كيف ستستجيب. نوصي بجمع التمعن(*) وإعادة الصياغة، وكلا الأسلوبين سيتم مناقشته لاحقاً في هذا الفصل.

(*) التمعن هو الترجمة التي اخترناها لـ reflecting متبعين في ذلك أثر إيهاب الخراط الذي كان أول من ترجم reflecting listening إلى الإنصات المتمعن، هذا على الرغم من أن هذه الترجمة لا تعكس كل المعاني المتضمنة في المصطلح الإنجليزي الذي يشمل معنى العكس والانعكاس، بمعنى أن المرشد يقوم بالرد على العميل عاكساً ما قاله الأخير بالطرق المبينة في السياق، ولكننا نأمل أن يوفر السياق فهماً للتمعن يشمل المعنى أيضاً. [المراجع]

نقدم الآن مثالاً مختصراً ومرة أخرى من مجال الإدمان، حيث تكون هذه القضية فى الغالب أكثر شدة. اتخذ المرشد هنا جانب اهتمام العميل، ومن ثم قدم إعادة صياغة للمشكلة.

العميل: هل تلمح إلى أنى مدمن؟

القائم بالمقابلة: لا، لست مهتمًا كثيراً بهذه التسمية. ولكن يبدو أنك مهتم وهو مصدر قلق بالنسبة لك.

العميل: حسنًا، لا أحب أن يطلق علي مدمن.

القائم بالمقابلة: وعندما يحدث ذلك، تريد توضيح أن موقفك ليس بهذا السوء.

العميل: صحيح! لا أقول ليس لدي مشكلة......

القائم بالمقابلة: لكن لا تحب أن تدعى "لديه مشكلة" يبدو ذلك قاسيًا جداً عليك.

العميل: نعم، هو كذلك.

القائم بالمقابلة: إنه أمر شائع، كما قد يتخيل كثير من الأفراد الذين تحدثت إليهم لا يحبون التسمية. لا توجد غرابة فى ذلك، لا أحب أن يسمينى الناس أيضاً.

العميل: أشعر وكأننى وضعت فى صندوق.

القائم بالمقابلة: صحيح. لذلك دعنى أخبرك كيف أرى ذلك، ثم نمضى؛ بالنسبة لى ليس الأمر ماذا نطلق على المشكلة. وأنا غير مهتم ما إذا كنا نسميها "إدمان" أم "مشكلات" أم "رمبلستيلتسكين Rumpelstiltskin" ليس علينا أن نسميها أى شىء. إذا كان الاسم يعد مسألة مهمة بالنسبة لك، يمكننا مناقشته، لكنه غير مهم بشكل خاص بالنسبة لى. المهم حقًا هو فهم مدى الضرر الذى يلحق بك جراء تعاطيك للكوكايين، وماذا تريد، إذا كنت تريد شيئًا، أن تفعل بخصوصه، هذا ما يهمنى.

كملحوظة أخيرة، سنضيف أننا رأينا أيضاً بأنه لا يوجد سبب قوى لتخويف العملاء من تبنى تسمية ما إذا كانوا ميالين جداً لها. فغالبًا ما يسجل أعضاء الكحوليين المجهولين أنه كان من المهم بالنسبة لهم التعرف على هويتهم وقبولها بوصفهم كحوليين. هناك قليل من المعارضة لمثل هذا القبول، فالأمر هنا هو تجنب الدخول فى مناقشات وصراعات لا طائل منها.

شرك التركيز المبكر[1]

حتى لو تجنب المرشد تسمية التناقض الوجدانى لدى العميل أو اتخاذ جانب منه ربما تنتج المقاومة إذا كان كل من العميل والمرشد يتمنى التركيز على موضوعات مختلفة عن الآخر، وغالبًا ما يرغب المرشدون فى تحديد ما يدركون أنه مشكلة المريض ودعم هذا الإدراك. وعلى عكس ذلك، ربما يكون لدى العميل اهتمامات أكثر إلحاحًا ومن ثم لا يشارك المرشد الاهتمام بنفس الموضوع "المشكلة". وفى الواقع، أكثر الأسباب شيوعًا للاهتمام الإكلينيكى بمقابلة الدافعية هو الموقف الذى يدرك العميل فيه أهمية للتغيير أقل من المرشد النفسى.

الشرك هنا هو الإصرار على جر العميل إلى مفهومك الخاص عن "المشكلة"، ويعد المثال الإرشادى المختبر فى الفصل الخامس مثالاً واضحًا لمثل هذا التنافر. حيث يرغب المرشد فى التركيز على موضوع واحد بينما يكون لدى العميل موضوعات مختلفة وربما تكون أكثر اتساعًا. قد يترتب صراع على ما يتعلق بكم الاهتمام الذى لابد أن يوليه العميل لما يدركه المرشد أنه مشكلة. فى الواقع، فى ذهن العميل، ربما يعد شاغل المرشد جزءًا صغيرًا جدًا من الصورة، وربما لا يكون واضحًا كيف يرتبط هذا بمشكلات الحياة الأكبر لديه. فإذا كان المرشد يضغط بسرعة أزيد من اللازم للتركيز على المناقشة ينتج التنافر وربما يحبط العميل ويصبح دفاعيًا. المهم هنا هو تجنب الدخول فى صراع حول الموضوع الأنسب لمناقشة مبكرة. والبدء بمشاغل العميل، بدلاً من مشاغل المرشد النفسى، سيؤكد أن هذا الصراع لن يحدث. وفى كثير من الأحيان، يؤدى اكتشاف هذه الأشياء التى تعد الشاغل بالنسبة للعميل إلى العودة لما يشغل المرشد النفسى، لا سيما عندما تكون مجالات الاهتمام مرتبطة. على أية حال، يعد قضاء وقت للإنصات لشاغل العميل مفيدًا، سواء فى فهم العميل أو بناء علاقة علاجية تعد أساسًا لاكتشاف لاحق لمشكلات أخرى له.

---

[1] Premature-focus trap.

يوضح برنامج علاج متعاطيات المخدرات فى نيومكسيكو هذا الموقف. حيث وجد فريق المتخصصين أن النساء اللاتى يأتين للبرنامج عامةً لديهن كثير من المشاغل الضاغطة أكثر من تعاطيهن الكحول والمخدرات الأخرى. حيث يكون لديهن، فى الغالب، مشكلات رعاية صحية ومشكلات أمومة ورعاية طفل وإقامة والتعرض لصدمة انتهاك جسدى وجنسى فى الماضى أو الحاضر. وكان لابد أن يتكلم هؤلاء النساء عن ذلك، وإذا حاول المرشد أن يركز على تعاطى المخدرات فى بداية العلاج، كان من المحتمل أن يتركنه.

وعلى عكس ذلك، إذا استمع إلى النساء وتناول ما يشغلهن مباشرةً، تدخل الأحاديث دائماً فى دور الكحول والمخدرات الأخرى فى حياتهن.

المهم إذن هو تجنب التركيز المبكر على المشكلات التى تهم المرشد بينما تعد أقل أهمية بالنسبة للعميل. عند مواجهة التنافر حول التركيز المبكر، ابدأ حيث تكون مشاغل العميل الذاتية وأنصت إلى رواياتهم واحصل على فهم أوسع لموقفهم فى الحياة قبل العودة للمشكلة.

شرك توجيه اللوم

مازالت هناك عقبة أخرى قد نواجهها فى الجلسة الأولى هى انشغال العميل ودفاعه فى مواجهة اللوم. المشكلة خطأ من؟ من الملام؟ إذا لم تعالج هذه المشكلة بشكل مناسب فقد يضيع الوقت والجهد فى دفاع لا طائل منه. إحدى الطرق الواضحة هنا هو أن اللوم لا يتعلق بسياق الإرشاد، ويتم التعامل مع ذلك عادةً من خلال تمعن مشاغل العميل وإعادة صياغتها. فإذا ظهرت هذه المشكلة، مثلاً، ربما يقال للعميل:

"يبدو أنك قلق بخصوص من الملام هنا، ولابد أن يكون واضحًا أن الإرشاد لا يتم لتقرير من المخطئ هنا. هذا ما يقوم به القضاة وليس المرشدون الجيدون. يتبع الإرشاد سياسة "لا خطأ". لست مهتمًا بالبحث عن من هو الملام، ولكنى أبحث عما يزعجك، وما أنت قادر على فعله من أجل ذلك".

ويمكننا منع الانشغال باللوم أيضاً من خلال تقديم عبارة محددة مختصرة مثل تلك التى تقدم فى بداية الإرشاد. فبمجرد أن يفهم العميل بوضوح الغرض من الإرشاد ربما ينتهى القلق حول توجيه اللوم.

عن الجلسة الأولى

يمكن أن تكون الجلسة الأولى حاسمة بما أنها ترسى نغمة الإرشاد وتوقعاته. يمكن أن يكون لأفعال المرشد حتى فى جلسة واحدة تأثير قوى على حديث التغيير لدى العميل والنتائج طويلة المدى. تؤثر العلاقة العلاجية فى الجلسة الأولى أيضًا على عودة العميل للعلاج. من المهم إذًا اتباع منحى صحيح ومناسب من البداية وتجنب الوقوع فى الشرك (كما ناقشناها توًا) التى سريعًا ما تقوض التقدم. نناقش فى هذا الجزء قليلاً من المشكلات العملية لتبقى فى أذهاننا من البداية. وبالتالى سيقدم الجزء التالى خمس طرق إكلينيكية مفيدة فى الجلسة الأولى وما بعدها. وللتذكير، نركز هنا على الطريقة الإكلينيكية لمقابلة الدافعية عامةً ولم نتناول بعد التعديلات الخاصة بالسياقات محدودة الوقت مثل الممارسة الطبية العامة.

البناء المفتوح[1]

يأتى الأفراد إلى الإرشاد بتوقعات عريضة ومتنوعة. ربما يتوقعون أن يتم انتقادهم أو شفاؤهم أو أن تقدم إليهم مشورة أو يوجه لهم سؤالٌ أو ينصت إليهم أو يلاموا أو يتعلموا أو يعالجوا أو تتم مواساتهم. يدخل العملاء العلاج بتوقعات ومخاوف وآمال واهتمامات مختلفة جدًا. لذلك ولأسباب أخرى ربما يكون من المفيد فى البداية تزويد العميل بخطة بسيطة مختصرة عن الجلسة الأولى وعن الإرشاد بشكل عام.

---

١ Opening structure.

والعبارة جيدة الصياغة الساعية لبناء عملية الإرشاد يمكن أن تريح ذهن العميل ليبدأ الإرشاد بداية جيدة وفيما يلى بعض العناصر التى تتضمنها عبارات من هذا النوع:

- كم الوقت المتاح لديك.
- توضيح دورك وأهدافك.
- وصف دور العميل.
- ذكر التفاصيل التى يجب الانتباه لها .
- سؤال مفتوح النهاية.

نعرض لمثال هنا :

"لدينا الآن نحو ساعة معًا، وفى هذا الوقت أريد أن أفهم لماذا أتيت. ربما أقضى معظم هذا الوقت أنصت إليك حتى يمكننى فهم كيف ترى الأشياء وما الذى يشغلك. ولابد أن يكون لديك بعض التوقعات حول ما سيحدث وما يحدث هنا، ولا أريد أن أعرف هذه التوقعات. وفى قرب نهاية هذه الساعة سأكون بحاجة لسؤالك عن بعض المعلومات التى أحتاجها، ولكن دعنا نبدأ الآن. ماذا يدور فى عقلك؟"

إعداد جدول الأعمال[١]

يعد جدول الأعمال من المسائل التى لابد أن تضعها فى اعتبارك من بداية المقابلة الأولى. والسؤال الأساسى هنا هو "ما الذى سنتكلم عنه؟" أحيانًا ما يكون هناك موضوع واحد محدد من السياق، فإذا كان العميل محولاً من المحكمة بسبب عنف منزلى أو من مقابلة أخصائى تغذية فى عيادة علاج السكر، يكون هناك موضوع واحد على الأقل

١ Agenda setting.

محدد بالفعل. وحتى فى مثل هذه الحالات، ليس بالضرورة أن يكون الموضوع الواضح هو المسألة الأولى أو الوحيدة الجديرة بالمناقشة.

عندما يكون هناك شك حول موضوعات المناقشة قد يكون من المفيد قضاء قليل من الدقائق فى استكشاف واستيضاح رؤية العميل وفهمه لجدول الأعمال. وفيما يلى مثالان لذلك:

أخصائى تغذية لمريض يسعى للاستشارة فى عيادة علاج السكر: "كما تعرف هناك عدد من الموضوعات التى يمكن مناقشاتها اليوم - مثل قياس مستويات السكر فى الدم والنظام الغذائى الصحى والتمرين ودوائك - ما هو الأكثر أهمية بالنسبة لك؟

ما الذى تود أن تتحدث عنه اليوم؟ ربما يكون هناك أشياء أخرى تشعر أنها أكثر أهمية للمناقشة".

مرشد نفسى أو ضابط مراقبة لمتهم محــول بعد توقيفه بســبب عنف منزلى: "أرى من ملف التحويل أنك هنا لنتحدث عما حدث خلال نوبة العنف الشهر الماضى. ويمكننا مناقشة ذلك. ومع ذلك، أولا، أنا مهتم بفهم شعورك تجاه مجيئك هنا وما حدث لك فى حياتك. ما مشاغلك التى يجب مناقشتها؟"

قد تكون هناك فترة مبدئية من عدم التأكد من أن ما تناقشه سيكون هو جدول الأعمال. وإذا كان الأمــر كذلك، فإن فـترة الإنصات هذه تعـد بالتــالى وقتًا جيداً، حيث تساعد على تجنب شرك التركيز المبكر والدخول مباشرة فيما تفترض أنه موضوع للمحادثة.

خمس طرق مبكرة

هناك خمس طرق محــددة يمكن أن تكون مفـيدة من الجلسة الأولى وما بعدها، بل خلال عملية مقابلة الدافعية بكاملها فى الواقع. وقد أطلقنا عليها طرق "مبكرة" ليس لأنها تستخدم فى البداية ثم تترك، ولكن لأنها مهمة لاستخدامها بشكل صحيح من البداية.

وهى معًا تشكل نسيج مقابلة الدافعية. الطرق الأربع الأولى مستمدة من الإرشاد المتمركز حول العميل، ومع ذلك تستخدم فى مقابلة الدافعية بهدف - مساعدة الأفراد على استكشاف التناقض الوجدانى لديهم وتوضيح أسباب التغيير. وهى مختصرة فى كلمة OARS (الأسئلة المفتوحة والتأكيد والتمعن والتلخيص). الطريقة الخامسة أكثر مباشرةً وأكثر نوعية بالنسبة لمقابلة الدافعية. وهى تعمل على تكامل الأربع طرق الأخرى وتوجهها.

١- اطرح أسئلة مفتوحة

من المهم خلال المرحلة الأولى من مقابلة الدافعية توفير مناخ من القبول والثقة داخل السياق الذى سيكشف فيه العميل عن همومه. ويعنى هذا أن العميل لابد أن يقوم بمعظم أحاديثه فى هذه المرحلة مع إنصات المرشد باهتمام وتشجيع على التعبير. عندما تم تحليل جلسات العلاج لمارسين ماهرين فى مقابلة الدافعية وجد أن العميل يتحدث فى العادة أكثر من نصف حديث الجلسة. ويعد هذا مهمًا أيضًا لأن جزءًا من مقابلة الدافعية ينطوى على تيسير وتشكيل أنواع معينة من حديث العميل. وتدعم الأربع الأولى من الطرق المبكرة الخمس - الـ OARS - مباشرةً هدف تشجيع العميل على هذا الحديث.

أحد مفاتيح تشجيع العميل على الحديث معظم الجلسة هو توجيه أسئلة مفتوحة: الأسئلة التى لا تتطلب إجابات مقتضبة. بعض الأسئلة المغلقة (ذات إجابة قصيرة) ضرورية غير أنها لابد أن تكون قليلة ومتباعدة خلال المرحلة الأولى من مقابلة الدافعية. ومن الأفضل البدء والاستمرار بالأسئلة التى تفتح الباب للعميل للاستكشاف. بعض الأفراد يأتون وهم تواقون للحديث ويتطلب الأمر دعوة بسيطة لتيسير روايتهم والبعض يكون أكثر تحفظًا ويحتاجون التشجيع. وكيفية الاستجابة لأسئلة العميل المبدئية تؤثر بقوة على ما يحدث بعد ذلك وهو ما نتناوله فيما بعد أيضًا. اهتمامنا هنا هو كيف أوجه أسئلة مفتوحة النهاية جيدة.

إذا كنت تعرف مقدمًا أو بالإحساس أن العميل لديه جدول أعمال حول ما سيتحدث عنه، ربما يكون كافيًا أن تفتح الباب للحديث، وفيما يلى بعض الأمثلة:

أفترض، من حقيقة أنك هنا، أن لديك بعض الموضوعات ترغب فى الحديث عنها. فماذا تحب أن تناقش؟"

"أرغب فى فهم كيف ترى الأشياء، ما الذى أتى بك إلى هنا؟"

"أعرف أن لديك بعض المشاغل حول ــــــــــــ. أخبرنى عنها".

"قلت على الهاتف إن لديك بعض المشكلات مع ــــــــــــــ، وتريد التحدث عنها. أخبرنى عنها ما رأيك أن نبدأ من الأول حتى الآن؟"

قد يبدو هذا تفرقة بسيطة بين الأسئلة مفتوحة النهاية ومغلقة النهاية ولكن هناك تعقيدات. يحتوى شكل [٦-٢] مجموعة من الأسئلة التى ربما يطرحها المرشد النفسى. كيف ستصنف كل منها: مفتوحة أم مغلقة النهاية؟

فى مناقشة مشكلة محورية مع عملاء متناقضين وجدانيًا يكون من المفيد توجيه أسئلة تتعلق بكلا الوجهين من العملة أو توجيه مجموعة أسئلة محايدة نسبيًا مفتوحة النهاية ويفضل بعض المرشدين سؤال الأفراد أولاً عما يرغبون فيما يخص وضعهم أو سلوكهم الحالى ("المشكلة")، وما هى الجوانب السيئة جداً. وفيما يلى بعض الأسئلة المفتوحة":

"أخبرنى عن تعاطيك للكوكايين، ماذا تحب فيه؟...... [ثم بعد ذلك]: وماذا عن الجانب الآخر؟ ما جوانب القلق فى تعاطيك له؟"

"أخبرنى ما لاحظت حول زواجك لسنوات. ما التغييرات التى رأيتها وكيف أثرت فيك؟"

"أفهم أنك هنا لتتحدث عن ممارستك المقامرة، لذلك ساعدنى حتى أرى الصورة كاملة. ما الذى يمتعك فى المقامرة وما الجانب السيئ فيها؟"

تذكر أن التوجيه الخاص بتجنب طرح ثلاثة أسئلة متتالية ينطبق هنا أيضًا. (كل من العبارات الموضحة آنفًا هى أساسًا سؤال واحد مفتوح، حيث لا يستجيب العميل فيما بين توجيه السؤال). تنطوى عملية مقابلة الدافعية على مساعدة الأفراد على استكشاف خبرتهم الذاتية بما فيها تناقضهم الوجدانى، وحتى الأسئلة المفتوحة تعيد توجيه انتباه العميل. والنمط العام فى مقابلة الدافعية هو:

إطار [٦-٢] هل هذا سؤال مفتوح أم مغلق

مفتوح أم مغلق

١- ماذا تحب فى الشراب؟ ______________

٢- أين نشأت؟

٣- أليس من المهم بالنسبة لك أن يكون فى حياتك معنى؟

٤- هل تنوى أن تعود للمتابعة؟

٥- ما الذى أتى بك هنا اليوم؟

٦- هل تريد الاستمرار فى هذه العلاقة؟

٧- هل فكرت فى السير كتمرين بسيط؟

٨- ماذا تريد أن تفعل فى تدخينك: الإقلاع أم التقليل أم الاستمرار على نفس المعدل؟

٩- فى الماضى، كيف تغلبت على عائق مهم فى حياتك؟

١٠- أى الأيام تود أن يكون يوم توقفك؟

١١- ما أكثر العواقب طويلة المدى المحتملة التى تشغلك فى مرض السكرى الذى تعانى منه؟

١٢- هل أنت مهتم بصحتك؟

١٣- ما أكثر الأسباب التى تدفعك إلى التوقف عن الحقن؟

١٤- هل ستجرب هذا لأسبوع؟

١٥- هل هذا سؤال مفتوح أم مغلق؟

الإجابات فى نهاية هذا الفصل (ص٨٤).

توجيه سؤال مفتوح وإعداد موضوع الاستكشاف ثم يليه الإنصات المتمعن والاستجابات الأخرى الموصوفة بعد ذلك.

هذه الأسئلة تفتح الباب فقط وتمدنا بفرص لاستخدام الطرق الأخرى. ومن الواضح أن الأفراد سيختلفون فى كيفية الاستجابة لأسئلة مفتوحة مثل هذه. فالبعض سيستجيب بشغف لفرصة التحدث عن صعوباته. وفى مثل هذه الحالات، تكون وظيفتك هى إرشاد العميل إلى هذا الاستكشاف مستخدمًا الطرق الموصوفة فى هذا الفصل والفصول التالية. وسيتطوع آخرون بشكل أقل نسبيًا، وقد يغيرون الموضوع أو يقعون فى واحد من الشرك الموصوفة من قبل، وتتضمن مهارة مقابلة الدافعية طرقًا معينة للاستجابة لما يعرضه العميل عندما توجه إليه أسئلة مفتوحة.

٢- الإنصات بتمعن[١]

الإنصات بتمعن هو واحد من أكثر المهارات المطلوبة فى مقابلة الدافعية أهمية وتحديًا. فى التصورات الشائعة، ينطوى الإنصات فقط على البقاء صامتًا (على الأقل لبعض الوقت) وسماع ما يجب أن يقوله شخص ما. ومع ذلك، العنصر الأساسى فى الإنصات المتمعن هو كيف يستجيب المرشد لما يقوله العميل. حدد توماس جوردون[٢] Thomas Gordon اثنى عشر نوعًا من الاستجابات التى لا تعد إنصاتًا:

١- الأمر أو التوجيه أو الطلب.

٢- الإنذار أو التحذير أو التهديد.

٣- إعطاء مشورة أو عمل اقتراحات أو تقديم حلول.

٤- الإقناع بالمنطق أو الجدال أو المحاضرة.

٥- إخبار الأفراد عما يجب أن يفعلوا؛ الوعظ.

---

١ Listen reflectively.

٦- عدم الموافقة أو الحكم أو النقد أو اللوم.

٧- الموافقة أو الاستحسان أو المديح.

٨- الخزى أو السخرية أو التسمية والتشخيص.

٩- التفسير أو التحليل.

١٠- التطمين أو التعاطف أو المواساة.

١١- الاستجواب أو التحقيق.

١٢- الانسحاب أو الانصراف أو الدعابة أو تغيير الموضوع.

أطلق جوردون على هذه الاستجابات "واجز الطريق"[1] لأنها تعرقل الطريق، حيث إنها تحول العميل عن اتباع نفس الطريق. ولكى نستمر فى الاستكشاف فى نفس الاتجاه يجب التعامل مع هذه الحواجز والدوران حولها والرجوع إلى الخط الأصلى للتفكير. حيث يكون لحواجز الطريق تأثير على عرقلة الاتجاه أو إيقافه أو تحويله أو تغييره. وكما سنناقش لاحقًا، هناك أوقات حيث تستخدم مثل هذه الاستجابات بشكل مقصود ومباشر مثل توجيه سؤال مفتوح لتوجيه اتجاه المناقشة، ثم بعد ذلك بمجرد ما يتم توجيه السؤال يحين الوقت للإنصات.

تنطوى حواجز الطريق على علاقة غير متساوية أو علاقة "واحد أعلى". وتبدو الرسالة الضمنية "أنصت إلي؛ أنا أعرف أفضل". بدلاً من الاستمرار فى استكشاف الطريق ويصبح على المرء أن يتعامل مع. انظر إلى هذا المرشد النفسى، المنتبه جيداً ولكنه غير متعاون، يتحدث مع عميل يشعر بطريقتين حول اتخاذ قرار مهم. (رقم كل حاجز مطابق من القائمة السابقة موضوع بين قوسين).

---

١ Roadblocks.

العميلة: لا أعرف فقط ما إذا كنت سأتركه أم لا.

القائم بالمقابلة: لابد من فعل أيًا كان ما تعتقدين أنه أفضل. (# ٥)

العميلة: ولكن هذه هى المشكلة! لا أعرف ما هو الأفضل!

القائم بالمقابلة: نعم، تعرفين، استفت قلبك. (#٦)

العميلة: حسنًا، أشعر فقط أنى خدعت، حوصرت فى علاقتنا.

القائم بالمقابلة: هل فكرتِ فى الانفصال لفترة لترى كيف تشعرين؟ (#٣)

العميلة: لكنى أحبه وسوف أوذيه كثيرًا إذا تركته!

القائم بالمقابلة: ومع ذلك إذا لم تتركيه ستضيعين حياتك سدى. (#٢)

العميلة: ولكن أليس هذا أنانية؟

القائم بالمقابلة: فقط هذا ما يجب أن تفعليه للعناية بنفسك. (#٤)

العميلة: فقط لا أعرف كيف يمكننى فعل ذلك، كيف سأتعامل.

القائم بالمقابلة: أنا متأكد أنكِ ستكونين بخير. (#١٠)

لم يساعد هذا المرشد فى استكشاف التناقض الوجدانى وبدلاً من ذلك ضغط بشكل سابق لأوانه فى اتجاه حل واحد. لم ينصت المرشد فى هذا الموقف أبدًا - لم يعط الفرصة للعميل ليظل يتحدث ويستكشف. ضاع وقت العميل هربًا من حواجز الطريق.

ماذا لدينا هنا أيضًا؟ إذا تجنب المرء كل هذه الحواجز، ماذا يبقى هناك ليقوله؟ لا نعنى بهذا أنه من الخطأ استخدام هذه الاستجابات الاثنتى عشرة. فهناك زمان ومكان لكل واحدة منها. بل نقصد القول إن الإنصات المتمعن شىء مختلف عن أى هذه الطرق للاستجابة.

جوهر الإنصات المتمعن هو أنه عمل تخمين لما يقصده المتحدث، فقبل أن يتكلم العميل يكون لديه معنى معين للتواصل. يرمز هذا المعنى فى كلمات، بشكل غير كامل فى الغالب، حيث لا يقول الناس دائمًا ما يقصدونه. يجب على المستمع أن يسمع الكلمات بدقة ثم يترجم معناها. يعنى هذا أن هناك ثلاث خطوات على طول الطريق، حيث يمكن أن يسير التواصل بشكل خطأ: الترميز والسماع وفك الترميز. يكون المستمع المتمعن تخمينًا كالمعنى الأصلى ثم يعطى صوتًا لهذا التخمين فى شكل عبارة.

عبارة؟ لماذا ليست سؤال؟ على كل حال، لا يكون المستمع على يقين من أن تخمينه صحيح. السبب عملى جدًا: العبارة التمعنية المصاغة جيدًا أقل احتمالاً فى حفز المقاومة. فى ديناميات اللغة، يتطلب السؤال إجابة. ويبدو أن السؤال عن المعنى، من خلال استفسار، يبعد الناس عن معايشته. فهم يرجعون للخلف ويبدءون فى التساؤل عما إذا كانوا يشعرون أو يجب عليهم أن يشعروا بما عبروا عنه. الفرق دقيق، ولا يلاحظه كل فرد. انظر الفرق فى الصوت بين هذه التمعنات:

"أنت تشعر بعدم الراحة؟"

"أنت تشعر بعدم الراحة".

"أنت غاضب من أمك؟"

"أنت غاضب من أمك"

الفرق هو المد، حيث ترتفع نغمة الصوت فى نهاية السؤال، ولكنها تنخفض برفق فى نهاية العبارة. لابد أن تنخفض عبارات الإنصات المتمعن عادةً فى النهاية، فهى عبارات التفهم.

لتقديم إنصات متمعن درب نفسك أولاً على التفكير بتمعن. ويتضمن ذلك وعيًا مستمرًا بأن ما تعتقد أو تفترض أن الناس تقصده ليس بالضرورة ما يقصدونه بالفعل. معظم العبارات يمكن أن يكون لها معان متعددة، فكلمات انفعالية مثل "مكتئب" أو "قلق" يمكن أن تحمل معانى مختلفة لأفراد مختلفين. فماذا يعنى بالنسبة لشخص أن يقول "أتمنى لو أننى كنت اجتماعيًا أكثر"؟ هناك بعض الاحتمالات:

"أشعر بالوحدة وأريد أن يكون لى مزيد من الأصدقاء"

"أصبح عصبيًا جدًا عندما يكون علي التحدث مع الغرباء".

"لابد أن أقضى مزيدًا من الوقت فى معرفة الناس"

"أود أن أكون محبوبًا"

"لا أستطيع التفكير فى شىء لأقوله عندما أكون مع الناس"

"لا يدعونى الناس لحفلاتهم"

أن تفكر بتمعن يعنى أن تجعل هذه العملية أكثر وعيًا. عند سماع أى كلام يفكر المرء ماذا يعنى ويخمن أقرب معنى محتمل. وبالتالى يتصرف عديد من الناس كما لو كان ذلك هو المعنى الفعلى، ويستجيبون له. الإنصات المتمعن هو طريقة للفحص بدلاً من افتراض أنك بالفعل تعرف ماذا يعنى.

ومن ثم يتضمن الإنصات المتمعن صياغة عبارة لا تكون حاجزًا فى الطريق بل تخمينًا حول ما يعنيه المتحدث. وفى الغالب، وليس دائمًا، يكون موضوع الجملة هو ضمير "أنت". وفيما يلى جزء تمثيلى من جلسة إرشادية مع شارب خمر يعانى من مشكلات ولديه تناقض وجدانى. لأغراض توضيحية، كل جملة من جمل المرشد فى هذا المثال هى عبارة إنصات متمعن. لاحظ أيضًا أن تمعنات المرشد تتجه للأمام بدلاً من أن تكرر ببساطة ما يقوله العميل. وفى الأساس، يغامر المرشد بتقديم الجملة التالية فى فقرة العميل، بدلاً من مجرد ترديد الجملة الأخيرة. هذا النوع الماهر من التمعن هو ما نطلق عليه "إكمال الفقرة"[1].

العميل: أقلق أحيانًا أننى أتناول كمية كبيرة جدًا من الشراب أكثر من اللازم.

القائم بالمقابلة: تشرب بكمية لا بأس بها.

---

١ Contuining the paragraph.

العميل: لا أشعر حقاً بأن الكمية كبيرة يمكننى أن أشرب كثيراً دون الشعور بذلك.

القائم بالمقابلة: أكثر من معظم الناس.

العميل: نعم، يمكننى أن أشرب أكثر من معظم الناس.

القائم بالمقابلة: وذلك ما يزعجك.

العميل: حسنًا، ذلك ما قد أشعر به فى اليوم التالى صباحًا سأكون عادةً فى حالة سيئة وأشعر أنى عصبى ولا أستطيع التفكير بشكل سليم معظم الصباح.

القائم بالمقابلة: ويبدو أن هذا ليس جيداً بالنسبة لك.

العميل: لا، أظن لا، لم أفكر فى ذلك كثيراً، لكن لا أعتقد أنه من الجيد أن تشعر بالخمار[١](*) طول الوقت. وأحيانًا أعانى من مشكلة تذكر الأشياء.

القائم بالمقابلة: الأشياء التى حدثت بينما كنت تشرب.

العميل: أعانى من ذلك أيضًا، أحيانًا ما أشعر بعدم الوعى لساعات قليلة.

القائم بالمقابلة: لكن ليس هذا ما كنت تقصد عندما قلت إنك تعانى من مشكلة تذكر الأشياء.

العميل: لا، حتى عندما لا أشرب، يبدو أننى أنسى أشياء أكثر من المعتاد لا أستطيع التذكر بوضوح.

القائم بالمقابلة: وتتساءل ما إذا كان هناك شىء يمكن فعله فيما يخص تناولك للشراب.

العميل: لا أعرف ماذا سيحدث أيضًا.

---

١ Hangover.

(*) هو الأثر البغيض الذى يخلفه فى المرء إسرافه فى شرب الكحوليات. [المراجع]

القائم بالمقابلة: لم تكن دائماً هكذا.

العميل: لا! فقط فى السنوات القليلة الماضية. ربما كبرت فى السن.

القائم بالمقابلة: قد يحدث هذا لكل شخص عندما يصل سن الخامسة والأربعين.

العميل: لا، من المحتمل أن يكون الشراب هو السبب فأنا لا أستطيع النوم جيداً أيضاً.

القائم بالمقابلة: إذن ربما أنت الآن تدمر حياتك ونومك ومخك من زيادة شرابك.

العميل: أذكرك، أنا لست سكيراً، ولم أكن أبداً.

القائم بالمقابلة: لست فى حالة سيئة. ولكنك ما زلت منزعجاً.

العميل: لا أعرف عن كونى "منزعجاً" ولكن أظن أنى أفكر فى ذلك كثيراً.

القائم بالمقابلة: تتساءل إذا كان عليك فعل شيء ما، وإلا لماذا أتيت إلى هنا.

العميل: أظن ذلك.

القائم بالمقابلة: لستَ متأكداً.

العميل: لستُ متأكداً مما أريد فعله تجاه ذلك.

القائم بالمقابلة: لذلك إذا كنت أفهمك حتى الآن، تعتقد أنك تشرب أكثر من اللازم وتدمر صحتك، ولست متأكداً ما إذا كنت تريد تغيير ذلك.

العميل: ليس لهذا معنى كبير، أليس كذلك؟

القائم بالمقابلة: أستطيع أن أرى كيف تشعر بالارتباك عند هذا الحد.

لاحظ أن المرشد لا يلقى بأى حواجز خلال العملية، كان الأمر سهلاً بشكل كافٍ لينشئ بعض الحواجز لهذه التمعنات، ومع ذلك تم تجنب هذا، لأن الغرض هو استخراج الحديث، لاسيما حديث التغيير، من العميل.

يمكن أن تكون عبارات الإنصات المتمعن بسيطة تماماً. وأحيانا مجرد تكرار كلمة أو اثنتين يجعل العميل يستمر فى حركته (فى المثال السابق، قد يكون التمعن الأول "أزيد من اللازم.......")، مزيد من التمعن الحصيف يصوغ كلمات جديدة لما يقدمه العميل أو يصنع تخميناً حول المعنى غير المنطوق. وأحياناً يكون من المفيد – أيضاً– أن نعكس ما يبدو أن الشخص يشعر به وهو يتكلم. التمعنات التى تكرر ببساطة ما يقوله العميل يمكن أن تؤدى إلى تقدم أبطأ؛ إكمال الفقرة غالبًا ما يضيف زخماً لعملية الاستكشاف.

يزداد عمق التمعن مع المرشد الماهر. وأحياناً ما يصبح المرشد محبطاً مع الإنصات المتمعن، لأنه يبدو وكأنه يلف فى دائرة لا تؤدى إلى مكان. وقد وجدنا أن المشكلة تكون عادةً فى التمعن غير العميق بشكل كافٍ؛ ويظل المرشد قريبًا أكثر من اللازم لما يقوله العميل بالضبط – مثل صدى الصوت – ولا تذهب المحادثة إلى أى نتيجة. يتحرك التمعن الماهر أبعد مما يقوله العميل بالفعل، على الرغم من أنه لا يقفز بعيداً جداً. وتشبه هذه المهارة توقيت التفسيرات فى العلاج النفسى السيكوديناميى. إذا كان العميل يحجم عن المشاركة تعرف أنك قفزت أبعد من اللازم بشكل أسرع من اللازم.

عند استخدام التمعن لتشجيع الاستكشاف الشخصى المستمر، وهو الهدف العريض للإنصات المتمعن، من المفيد أن نعبر عما قاله المتحدث بصورة أخف مما يعرضه هو، بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بمحتوى انفعالى. وهناك مجموعة غنية من لغة وصف الانفعال. خلال انفعال معين، مثل الغضب، هناك كلمات لوصف الانفعال تتباين بشكل عريض فى مستوى الشدة. فهناك كلمات لوصف الغضب منخفض الشدة مثل "منزعج" و"متوتر" وكلمات تصف مستوى مرتفعاً من الغضب مثل "مهتاج" و"ساخط" ويمكن أن ينخفض مستوى الشدة بإضافة كلمات مثل "قليل" و"بعض" و"نوعًا ما" أو يمكن زيادتها بإضافة كلمات مثل "تماماً" أو "جداً" أو "بشدة". وكمبدأ عام، إذا بالغت فى شدة انفعال معبر عنه، سيميل العميل إلى إنكاره أو تقليله، تراجعًا عن

العبارة الأصلية. (يطبق هذا المبدأ بقصد فى الفصل الثامن، فى طريقة تضخيم التمعن استجابة للمقاومة). ومع ذلك، إذا خففت برفق الشدة المعبرة عن الانفعال، فمن المرجح أن يستمر العميل فى استكشاف الانفعال وإخبارك عنه. عند تمعن الانفعال، كن كالبريطانيين واكبح التعبيرات المبالغة:

المبالغة

العميل: فقط لا أحب الطريقة التى تعلق بها على كيف ربيت أولادى.

القائم بالمقابلة: أنت حقًا غاضب من أمك.

العميل: حسنًا، لا، لست غاضبًا فعلاً. هى أمى على كل حال.

كبح التعبير

العميل: فقط لا أحب الطريقة التى تعلق بها على كيف ربيت أولادى.

القائم بالمقابلة: أنت منزعج قليلاً من أمك.

العميل: نعم، فقط يوترنى كيف أنها دائمًا تصححنى وتنتقدنى.

ليس التمعن عملية سلبية، فقد يكون موجهًا تمامًا. حيث يقرر المرشد ما يتمعنه وما يتجاهله، وما يؤكد عليه وما لا يؤكد عليه، وما هى الكلمات التى تستخدم لتؤدى المعنى. لذلك يمكن استخدام التمعن لدعم أوجه معينة فيما يقوله الشخص أو لتغيير معناه بخفة. ففى مقابلة الدافعية، على سبيل المثال، يتم تفضيل تمعن حديث التغيير، حتى يسمع العملاء عباراتهم مرتين على الأقل. نناقش هذه التطبيقات المباشرة للتمعن فى الفصل السابع.

ننصح بأن عبارات الإنصات المتمعن لابد أن تشكل نسبة جوهرية من استجابات المرشد خلال المرحلة المبكرة من مقابلة الدافعية. فالتمعن مهم بصفة خاصة بعد الأسئلة مفتوحة النهاية. بمجرد ما توجه سؤالاً مفتوحًا، استجب لأسئلة العميل بإنصات متمعن. لأن الاستفسار يتطلب مهارة أقل (بالنسبة للمرشد النفسى) من الإنصات

القائم على المواجدة، ومن السهل الوقوع فى شرك السؤال - الإجابة وتوجيه سلسلة من الأسئلة بدلاً من تمعن عبارات العميل. قد يثير ذلك المقاومة أكثر من حديث التغيير. لذلك، تذكر، أن تتبع السؤال بإنصات متمعن بدلاً من سؤال آخر. يقدم المرشدون الماهرون فى مقابلة الدافعية من تمعنين إلى ثلاثة تمعنات، فى المتوسط، كل سؤال يطرحونه، وحوالى نصف كل استجاباتهم تمعنات (ليس نوع الاستجابة القصير "آه-ه"). وعلى العكس، فى تسجيل جلسات إرشاد عادية، وجدنا أن الأسئلة غالبًا ما تفوق عدد التمعنات بنسبة عشرة إلى واحد، ونسبيًا تشكل التمعنات نسبة قليلة من كل الاستجابات.

٣- التأكيد

يعد تأكيد العميل بشكل مباشر ومساندته فى أثناء العملية الإرشادية طريقة أخرى لبناء علاقة علاجية ودعم الاستكشاف المفتوح. ويمكن أن يتم ذلك فى شكل مجاملات أو عبارات التقدير والتفهم. ويمكن أن تكون عملية الإنصات المتمعن تأكيدية تمامًا فى حد ذاتها، لكن التأكيدات المباشرة لها مكان فى الإرشاد أيضًا. وفيما يلى بعض الأمثلة:

"شكرًا لمجيئك اليوم فى الميعاد".

"أقدر لك أنك اتخذت خطوة كبيرة بمجيئك اليوم".

"أنت شخص واسع الحيلة، لتواجه مثل هذه الصعوبات لمدة طويلة جداً"

"هذا اقتراح جيد"

"لابد أن أقول، لو أنى فى موقفك، ربما مر علي وقت صعب للتعامل مع هذا الكم من المشقة".

"يبدو أنك شخص ذو إيمان وإرادة قوية بشكل ما".

"أنت تستمتع بكونك سعيداً مع الآخرين، وتجعلهم يضحكون"

"استمتعت بالحديث معك اليوم، والتعرف عليك بعض الشىء"

كما فى أوجه كثيرة من المحادثة، تتباين المعايير من ثقافة أو ثقافة فرعية لأخرى. على سبيل المثال، من منظور بريطانى، يمكن أن يظهر المرشدون الأمريكيون مؤكدين بما يزيد عن الحاجة. ويواجه المرء مشكلات مشابهة فى التدريب على توكيد الذات؛ الفكرة الأساسية فى توكيد الذات هى - إيجاد أرض وسط بين الاستجابات السلبية والعدوانية - غير أن هناك تباينًا عريضًا فيما يمثل استجابة توكيدية مقابل استجابة عدوانية عبر المجتمعات، ولذلك يكيف المرء المحتوى مع المعايير الاجتماعية. وبالمثل، سيتباين المستوى المناسب ومرات التأكيد فى مقابلة الدافعية عبر السياقات الاجتماعية. الهدف هنا هو ملاحظة قوى العميل وجهوده وتأكيدها بشكل مناسب.

٤- التلخيص

الطريقة الرابعة من الطرق المبكرة الأولى (OARS) فى مقابلة الدافعية هى التلخيص. يمكن أن تستخدم عبارات التلخيص لربط الموضوعات التى تمت مناقشتها معًا ودعمها. فمثلاً، عندما تستخرج حديث التغيير من عميل، من الحكمة أن تلخص على فترات:

"إذن، جعلتك النوبة القلبية هذه تشعر حقًا بأنك ضعيف. إنه ليس الموت ما يخيفك، وما يزعجك حقًا هو كونك نصف عائش - تعيش عاجزًا أو تمثل عبئًا على عائلتك. فى إطار الأشياء تريد أن تحيا لها، ذكرت أن رؤية أحفادك يكبرون ويكملون بعض الأعمال التى كنت تقوم بها تعد ذات معنى خاص بالنسبة لك، على الرغم من أنهم ليسوا بالقوة التى كنت تعمل بها من قبل. ماذا أيضًا؟"

تدعم مثل هذه التلخيصات الزمنية ما قيل. تظهر أنك أنصت بعناية وتجهز العميل لمزيد من التفاصيل، وتسمح أيضًا للعميل بالاستماع إلى حديث التغيير الخاص به لثالث مرة.

هناك على الأقل ثلاثة أنواع من التلخيصات مفيدة فى مقابلة الدافعية. أولها، التلخيص التجميعى[1] الموضح فى المثال السابق وهو يقدم فى أثناء عملية الاستكشاف لاسيما عندما تسمع العديد من قضايا حديث التغيير، وهو يشبه جمع الزهور فى وقت واحد وتقديمهم للشخص فى بوكيه صغير. وعادة ما تكون التلخيصات التجميعية قصيرة – قليل من الجمل فحسب – ويجب أن تكمل تواصل العميل ولا تقطعه. ومن المفيد أن تنتهى بـ"ماذا أيضًا؟" أو بعض الدعوات الأخرى للاستمرار. (لاحظ، بالمناسبة، أن "وماذا أيضًا؟" سؤال مفتوح ويدعو إلى استكشاف متواصل. و"هل هناك شىء آخر؟" سؤال مغلق [إجابته الحرفيه هى نعم أو لا] وهو يستدعى الإجابة "لا") التلخيصات التجميعية المتكررة أكثر من اللازم يمكن أن تحمل مشاعر سطحية ويمكن أن تكون مزعجة أيضًا وتقطع عملية الاستكشاف الطبيعية. استخدمها بحكمة عندما يكون لديك عدد من زهور حديث التغيير الجديدة تعود إليها (انظر الفصل السابع).

تربط التلخيصات الواصلة[2] معًا ما يقوله العميل مع الموضوعات التى قيلت مبكرًا، ربما فى جلسة سابقة. الفاصل بين التلخيصات التجميعية والتلخيصات الواصلة رمادى غير أن الغرض منها مختلف بعض الشىء؛ حيث تسحب التلخيصات التجميعية أحاديث التغيير معًا وتدعو العميل للاستمرار، بينما تعد التلخيصات الواصلة وسيلة لتشجيع العميل على تأمل العلاقة بين موضوعين أو أكثر تمت مناقشتهم سابقًا. ويمكن أن تساعد التلخيصات الواصلة بصفة خاصة فى توضيح التناقض الوجدانى لدى العميل. الخبرة الداخلية النمطية للتناقض الوجدانى هى التأرجح إلى الأمام والخلف بين التفكير فى أسباب التغيير وأسباب بقاء الوضع كما هو. والتلخيص الواصل هو طريقة تسمح للعميل بفحص الإيجابيات والسلبيات فى نفس الوقت، ومعرفة أن كليهما موجود. عند تمعن التناقض الوجدانى، افترض استخدام "و" بدلاً من "لكن" لوصل المكونين المنفصلين، حيث يؤدى ذلك إلى التشديد على وجود السلبيات والإيجابيات معًا.

---

١ Collecting summary.

٢ Linking summaries.

أدوات الربط "بعد" و"لكن" لها وظيفة مختلفة، فهى تعمل مثل مزيلات وتميل لتخفيف وإزالة ما حدث من قبل وبهذه الطريقة تشبه كثيراً عملية التفكير المربك ذهاباً وعودة فى التناقض الوجدانى. جمل الوصل الأخرى مثل "من ناحية.... ومن ناحية أخرى" و"فى نفس الوقت" يمكن أن تكون مفيدة أيضاً:

"يبدو أنك تميل لاتجاهين مختلفين، من ناحية أنت قلق بعض الشىء بخصوص التأثيرات المحتملة طويلة المدى لسكرك إذا لم تتعامل معه بشكل جيد - عمى أو أطراف مبتورة أو أشياء من هذا القبيل، وهى أشياء مؤلمة عندما نفكر فيها، وتعود زيارة غرفة الطوارئ التى حدثت مؤخراً بالخوف عليك أيضاً، وتدرك أنه إذا لم يصل إليك أحد سيصبح أطفالك بلا أب ومن ناحيةٍ أخرى، أنت صغير السن وتشعر بصحة جيدة معظم الوقت وتستمتع بأكل ما تريد وتبدو العواقب طويلة المدى بعيدة جداً. أنت مهتم وفى نفس الوقت غير مهتم أيضاً".

يمكن أن تضم المصادر الأخرى للمعلومات فى تلخيص واصل أيضاً. ويمكن ضم نتائج التقييم الموضوعى والمعلومات من المحاكم أو أعضاء الأسرة مع عبارات العميل.

فى النهاية، هناك التلخيص الانتقالى[1] الذى يحدد التحول من موضوع لآخر ويدل عليه. ويمكن أن يستخدم مثل هذا التلخيص كختام فى نهاية الجلسة، ويختبر الانتقال من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية من خلال مثل هذا التلخيص (انظر الفصل العاشر. وفى نهاية الجلسة الأولى بشكل خاص من المفيد تقديم تلخيص انتقالى أساسى، يجمع معاً ما تم تلخيصه حتى الآن. تذكر فى تقديم مثل هذه التلخيصات، أنك من تقرر ما تضمه أو تؤكد عليه. عند تقديم التلخيص الانتقالى من المفيد استخدام عبارة استهلالية تحدد ما هو التالى. (لا نوصى بفعل ذلك مع التلخيصات التجميعية أو الواصلة، التى توضع فقط فى التيار المستمر للمحادثة). فيما يلى مثال لتلخيص انتقالى كامل فى نهاية الجلسة الأولى مجهز بعبارة استهلالية:

---

١ Transitional summary.

"وقتنا ينفذ، وأرغب فى محاولة تلخيص ما قلته حتى الآن حتى يمكن أن نرى أين نحن وإلى أين نذهب. دعينى أعرف ما إذا كنت نسيت أى شىء مهم تحدثنا فيه. أتيتِ لأن زوجك مشغول بتعاطيك الخمور وتدخينك الماريجوانا. وإذا لم يدفعك ربما لم تأت الآن، غير أنك منفتحة لاستكشاف هذا، ومقدرة ذلك. سألتك عن مشكلاتكِ فى حياتك التى تعتقدين أنها مرتبطة بالكحول والماريجوانا وقد ذكرت العديد منها. تشعرين بأنك مكتئبة ومتعبة تماماً، وكما ناقشنا من قبل، الكحول مهبط. قلتِ إن لديك مشاكل كثيرة فى التركيز وتشعرين كما لو كان ليس لديك دافع لفعل أى شىء فى حياتك. مرة أخرى، بحق، تعتقدين أن ذلك قد يكون له علاقة بشرابك وتدخينك مع أنك تعتقدين بأن هذه ليست الصورة كاملة. أنت مستاءة من أن زوجك تركك تأتين هنا وحدك، بشكل ما، لأنك تعتقدين أنه جزء من هذه المشكلة أيضاً. تشير الاختبارات التى أجريتيها إلى أنكِ تعانى من اعتماد دال على الكحول وبدرجة أقل على الماريجوانا وتدركين أن شيئاً كهذا يمكن أن يظل يتفاقم إذا لم تفعلى شيئاً. عندما تم توقيفك منذ سنتين أظهر فحص تنفسك أنك كنت أعلى من ٢٠ ,   . وهذا يعنى أنه متسمم تماماً حتى لو لم تكونى تشعرين حينئذٍ بأنك مخمورة تماماً. تحدثنا عن كيف يعد هذا النوع من التحمل عامل خطورة فى حد ذاته. كنتِ مشغولة أيضاً بأنك لست هذا النوع من الأمهات التى تودين أن تكونيه، جزئياً بسبب شرابك وتدخينك وأنك لا تريدين أن ينمو أولادك مع مشكلات تعاطى مخدرات. أخبرك طبيبك أن لديك مشكلات معدية ربما تكون بسبب الشرب أو على الأقل ستصبح أسوأ بسببه. وفى نفس الوقت، تحبين الكحول والماريجوانا لأنك تتعاطيهما لتسترخى وتبتعدى عن بعض الضغوط العائلية الثقيلة. لستِ متأكدة كيف تسيطرين على حياتكِ بدون الشرب والتدخين، لذلك لا تعرفين ما الذى عليكِ عمله عند هذا الحد. هل هذا تلخيص منصف حتى الآن؟ هل نسيت شيئاً؟"

يعد التلخيص الانتقالى طريقة جيدة لتوضيح الجلسة الأولى حتى النهاية. لاحظ النغمة التعاونية التى تسمح للعميل بإضافة أو تصحيح تلخيصك. يمكن أن يستخدم الشكل الأقصر بعض الشىء من نفس العبارة فى بداية الجلسة التالية، بناءً على التقدم الذى تم إنجازه مبكراً.

٥- استخراج حديث التغيير

تعد المهارات الأربع السابقة، الـ(OARS)، مهارات أساسية فى مقابلة الدافعية. ومع ذلك، إذا تم توظيفها وحدها فقط، سيكون من السهل تمامًا أن يظل العميل عالقًا فى التناقض الوجدانى. لذلك من المهم أن يكون لدينا استراتيجية إرشادية لحل التناقض الوجدانى. هذا هو الهدف التى تنطوى عليه الطريقة الخامسة، وهى طريقة مباشرة تطبق بوعى. ويمكن تطبيق المهارات الأربع الأخرى داخل هذه الطريقة ذات الهدف المباشر.

من منطلق واحد، تعد مقابلة الدافعية المنحى المقابل لمنحى المواجهة الذى يدافع فيه المرشد عن "مشكلة – التغيير" ويدافع العميل ضدها. ونعتقد أن مثل هذا الحوار المبنى على المواجهة غالبًا ما يكون ضارًا، بدقة لأنه يتسبب فى دفاع العميل عن موقف عدم التغيير. الفكرة فى مقابلة الدافعية هى أن يعطى العميل صوته لأنواع من العبارات عكس ذلك تمامًا، وأن يقوم بمناقشات للتغيير. إنها مهمة المرشد لتسهيل تعبير العميل عن مثل هذا الحديث للتغيير، المشار إليها فى كتابتنا المبكرة بوصفها عبارات دافعية ذاتية(٢).

لأننا نناقش جانبًا توجيهيًا بشكل مقصود، فإنه يبدو أن هذا موقع مناسب للتذكير بالطبيعة التعاونية الواعية لمقابلة الدافعية أيضًا. بعض الناس يسيء فهم هذه الطريقة كطريقة لانتزاع الدافعية، للتلاعب بالأفراد أو خداعهم لفعل ما يراد منهم فعله. غير أن كلا الشريكين يأتى بما يطمح إليه إلى مكان الرقص؛ كلاهما لديه آمال عما سيحدث. طموحات المرشد ليست سامية وليست النموذج التى يجب أن تتبعه إرادة العميل. بل تعد مقابلة الدافعية عملية مشاركة فى اتخاذ قرار واستكشاف وتفاوض. وهى عملية تتشكل وتكتمل من خلال آراء الشريكين وإسهامهما وقوتهما النسبية. ونوضح بعض الأوجه الأخلاقية تلك لمقابلة الدافعية فى الفصل الثانى عشر.

كما أشرنا فى الفصل الثالث، يقع حديث التغيير فى أربع فئات عامة؛ تتضمن الفئة الأولى التعرف على مساوئ الوضع الحالى:

التعرف على مساوئ الحالة الراهنة

"أظن أن هناك مزيداً من المشكلات هنا أكثر مما أدركت"

"لم أكن أعتقد أبداً حقاً من قبل كيف أثر ذلك على عائلتى".

"هذا خطير!"

"ربما عرضت نفسى لمخاطر سخيفة "

"أستطيع أن أرى ذلك على المدى الطويل، سيودى ذلك بى إذا لم أصنع تغييراً".

الجانب الآخر من العملة هو أن يعكس حديث التغيير المزايا المحتملة للتغيير.

التعرف على مزايا التغيير

"أحد الجوانب هو أننى سأحصل على مزيد من الوقت وسيساعدنى ذلك مادياً أيضاً"

"سيحب أبنائى ذلك. فهم دائماً ما يطالبونى بأن أتوقف".

"ربما سأشعر بتحسن كبير"

"على الأقل ستنزل المحاكم من على كاهلى"

"من المحتمل أن أكون هناك لأستمتع بأحفادى وهم يكبرون"

من الممكن أن يعبر حديث التغيير أيضاً عن التفاؤل تجاه التغيير. مثل هذه العبارات تعكس كفاءة ذاتية فى عمل فرق فى مجال المشكلة:

التعبير عن التفاؤل تجاه التغيير

"أعتقد أننى أستطيع فعل ذلك إذا قررت ذلك"

"أنا حقاً شخص عنيد. إذا صممت على شىء لا أتركه حتى يتم".

"توقفت عن التدخين من سنوات قليلة. وكان الأمر عسيراً واستغرق بعض المحاولات، غير أننى فعلت ذلك".

النوع الرابع من حديث التغيير هو النية أو القرار المباشر أو الضمنى بالتغيير:

التعبير عن النية للتغيير

"أعتقد أنه آن الأوان بالنسبة لى لأتوقف"

"لا أرغب نهائيًا فى الاستمرار على نفس الطريق الذى سلكته".

"لابد من القيام بشىء ما"

"لا أريد هذا لعائلتى، ماذا يمكننى أن أفعل؟".

"لا أدرى كيف سأفعل ذلك، لكنى سأنجزه".

تضم هذه الأنواع الأربعة من الجمل أبعاداً معرفية وانفعالية وسلوكية للالتزام بالتغيير. ومن منظورنا، تسهم كل عبارة من هذا النوع ولو إسهامًا بسيطًا فى اتجاه التغيير.

بعض الأفراد الذين يذهبون إلى المرشد، وهم بالفعل يقولون أشياء مثل هذه ويحتاجون فقط بعض المساعدة لتأكيد التزامهم وتخطيط مسار الفعل. عندما لا يكون الحال هكذا، كيف يستطيع المرشد أن يستثير مثل هذه العبارات من عملاء لديهم كثير من التناقض الوجدانى؟ يعد تحفيز حديث التغيير واحدةً من المهارات المفتاحية فى مقابلة الدافعية. وهى أيضًا واحدة من أكثر المهارات تعقيداً، تحديداً لأن هناك طرقًا كثيرة جداً ليتم إنجازها بها.

طرق تحفيز حديث التغيير

توجيه أسئلة محفزة

المنحى الأكثر بساطة ومباشرة هو طلب مثل هذه العبارات من العميل. يمكن أن تستخدم الأسئلة مفتوحة النهاية لاستكشاف تصورات العميل الذاتية وانشغالاته. لا تسأل ما إذا كان العميل لديه مثل هذه الانشغالات (مثل، "هل تعتقد أن لديك مشكلة؟"). افترض أنه يشعر بتناقض وجدانى ولديه مثل هذه الانشغالات. فى شكل [٦-٣] بعض الأسئلة المقترحة التى تحفز كل فئة من الفئات الأربع من حديث التغيير. لاحظ أنها كلها أسئلة مفتوحة.

كما ناقشنا هنا وفى الفصل القادم، تتطلب العملية أكثر من مجرد توجيه مثل هذه الأسئلة فحسب. فهناك عمليات نوعية لتمعن حديث التغيير ودعمه عندما يقدمه العميل.

استخدام مقياس الأهمية

يمكن استخدام المقياس الموصوف مبكرًا فى هذا الفصل لاستخراج حديث التغيير. وطريقتنا المعتادة هى الحصول على تقدير العميل حول الأهمية ثم توجيه سؤالين:

"لماذا درجتك ــــــــــ وليست صفرًا؟"

"ماذا سيتطلب منك لتتحرك من ــــــــــ إلى [رقم أعلى]؟"

من المحتمل جدًا أن إجابات هذه الأسئلة ستكون حديث التغيير. لاحظ أنه يجب على المرء ألا يسأل، "لماذا درجتك هى ــــــــــ وليس عشرة؟" لأن إجابة هذا السؤال هى جدال ضد التغيير.

إطار [٦-٣] مثال الأسئلة المفتوحة لحفز حديث التغيير

١- مساوئ الحالة الراهنة:

ما الذى يقلقك فى حالتك الراهنة؟

ما الذى يجعلك تعتقد أنك بحاجة لأن تفعل شيئًا يتعلق بمستوى ضغط الدم لديك؟

ما الصعوبات أو المشكلات التى تتعلق بتعاطيك للمخدرات؟

ماذا هناك يتعلق بشريك تراه أو يراه آخرون سببًا لانشغالك؟

بأى شكل يشغلك ذلك؟

كيف يمنعك هذا من فعل ما تريد فعله فى الحياة؟

ماذا تعتقد أن يحدث إذا لم تغير أى شىء؟

٢- مزايا التغيير:

كيف ترغب أن تختلف الأحوال؟

ما الأشياء الجيدة التى تتعلق بفقدان وزنك؟

ماذا تود أن تكون حياتك خلال خمس سنوات من الآن؟

إذا كنت تستطيع عمل هذا التغيير مباشرةً، بالسحر، كيف ستكون الأحوال أفضل بالنسبة لك؟

واقع وجودك هنا يشير إلى أنه، على الأقل بالنسبة لك، آن الأوان لتفعل شيئًا. ما الأسباب الأساسية التى تراها لعمل التغيير؟

وما مزايا عمل هذا التغيير؟

٣- التفاؤل من التغيير:

ما الذى يجعلك تعتقد أنك إذا قررت عمل تغيير أنك ستستطيع عمله؟

ما الذى يشجعك أنك تستطيع التغيير إذا أردته؟

ماذا تعتقد أنه سيحدث لك إذا قررت التغيير؟

عندما قمت فى أى فترة فى حياتك بعمل تغيير دال مثل ذلك؟ كيف قمت به؟

ما مدى ثقتك بأنك تستطيع عمل تغيير؟

ما جوانب القوة الشخصية لديك التى ستساعدك على النجاح؟

من يمكنه تقديم مساندة مفيدة فى عمل هذا التغيير؟

٤- النية فى التغيير:

أستطيع أن أرى أنك تشعر بالورطة الآن، ما الذى ينبغى أن يتغير؟

ماذا تعتقد أنه يمكنك أن تفعل؟

ما مدى أهمية ذلك لك؟ كم تريد عمل ذلك؟

ما الذى أنت مستعد لمحاولته؟

بالنسبة للخيارات التى ذكرتها، أى منها يبدو ملائمًا أكثر؟

بغض الطرف عما هو حادث الآن، ماذا تود أن يحدث؟ إذن ماذا تنوى أن تفعل؟

استكشاف التوازن فى اتخاذ القرار

كما ذكرنا من قبل، ربما يكون من المفيد جعل الأفراد يناقشون الأوجه الإيجابية والسلبية لسلوكهم، لحالتهم الراهنة. ربما نسألهم، مثلاً، قول ما يعجبهم فى نمط سلوكهم الحالى أو يضعونه فى قائمة، باعتبار ذلك مقدمة للاستفسار عن الجانب السلبى فيه. لهذا الأمر ميزة هى دخول الأفراد فى حديث ومشاعر مريحة وتوضيح كلا الجانبين من التناقض الوجدانى. وقد يكون مفيداً فى ملء استمارة التوازن فى اتخاذ القرار، مثل تلك الموضحة فى الفصل الثانى، حيث تتيح للشخص رؤية المزايا والمساوئ معًا - إنها صورة مباشرة للتناقض الوجدانى.

التفصيل

بمجرد تسمية سبب التغيير، غالبًا ما يميل المرشد للتحرك وإيجاد الأسباب الأخرى. ومع ذلك قد يكون مفيداً تماماً جعل العميل يخوض فى تفاصيل الموضوع قبل التحرك. لسبب واحد، لأنها الطريقة التى تستخرج مزيداً من حديث التغيير وتساعد فى دعم قضية الدافعية.

هناك طرق عديدة لاستخراج التفاصيل بمجرد ظهور سبب للتغيير، هذه الطرق تتضمن:

- السؤال للتوضيح: بأى الطرق؟ كم؟ متى؟
- طلب مثال محدد.
- طلب وصف آخر مرة حدث هذا.
- السؤال "ماذا أيضًا؟" داخل موضوع التغيير.

وفيما يلى مثال توضيحى:

العميلة: أحد جوانب هذه المشكلة الواضحة لى هى المـال.

القائم بالمقابلة: من أى النواحى يشغلك هذا الأمر.

العميلة: حسنًا، أنفقت لتوى كثيرًا من المـال فى المقامرة، ولا أسدد فواتيرى دائمًا.

القائم بالمقابلة: أخبرينى عن آخر مرة حدث ذلك.

العميلة: الأسبوع المـاضى ضيعت حوالى ستمائة دولار. بدأت بوضع حد، ولكنى فقدت هذه الأموال بعد ذلك وقررت أن أستعيدها.

القائم بالمقابلة: تضيع الأموال طوال الوقت حقًا.

العميلة: يمكن القول إنى ضيعت حوالى ثلاثين ألف دولار خلال الستة أشهر المـاضية.

القائم بالمقابلة: ويعد ذلك كثيرًا بالنسبة لك.

العميلة: لا نملك هذه الكمية من المـال، على الأقل حاليًا.

القائم بالمقابلة: كم تشغلك مسألة النقود هذه؟

العميلة: ستكون مشكلة كبيرة بالنسبة لى، وتزعجنى طوال الوقت. سيدق الدائنون بابى ويتصلون بى هاتفيًا ويرسلون إلي خطابات قبيحة وعلي أن أفعل شيئًا.

القائم بالمقابلة: من أى النواحى تحديداً يؤثر ذلك عليك، أن تخسرى الكثير جداً؟

العميلة: لن يعطينى أحـد مزيداً من المـال، فيما عـدا الكازينو. وقد لاحظ زوجى فى النهاية كل الأموال المسحوبة وتحدث إلي بقسوة.

القائم بالمقابلة: وماذا أيضًا؟

العميلة: بالطبع، هو قلق حول تـأمين تقاعدنا. ولا أستطيع شراء أشياء أريدها.

القائم بالمقابلة: مثل.....

العميلة: فى يوم آخر رأيت هذا الفستان الجميل على مقاسى بالضبط، ولم أتمكن من شرائه حيث ألغيت كروت الدفع الخاصة بى. عندئذٍ أجن وأفعل أشياء غبية.

القائم بالمقابلة: مثل ماذا؟

قد يكون من المفيد مبكراً فى مقابلة الدافعية، إذا كان هناك قليل من حديث التغيير يمكن تفصيله، أن تطلب من العميل سرد أحداث يوم عادى من أيام حياته. يتيح ذلك الفرص للسؤال بالتفصيل عن أنماط فى السلوك وتغييرات فى المزاج، مثلاً، أو مجالات الاهتمام التى غالباً ما تظهر بشكل طبيعى تماماً فى مثل هذه المناقشة.

السؤال عن أقصى النتائج[1]

عندما يبدو أن هناك رغبة ضئيلة فى التغيير فى الوقت الراهن، فإن الطريقة الأخرى لاستخراج حديث التغيير هى أن نطلب من العملاء وصف أقصى همومهم (أو هموم الآخرين) وتخيل أسوأ العواقب التى يمكن أن تتلوها.

"ما أقصى ما يشغلك على المدى البعيد فيما يتعلق بضغط الدم المرتفع؟"

"افترض أنك مستمر كما أنت دون تغيير، ما تخيلك لأسوأ الأشياء التى ربما تحدث لك؟"

"ما مدى معرفتكِ عما يمكن أن يحدث إذا كنتِ تشربين فى أثناء الحمل، حتى وإن لم تر ذلك يحدث لك؟"

على الطرف الآخر، من المفيد تخيل أفضل العواقب التى ربما تنتج من اتباع التغيير:

"ما أفضل النتائج التى يمكن أن تتخيلها إذا قمت بالتغيير؟"

"إذا كنت ناجحاً تماماً فى عمل التغييرات التى تريدها، كيف ستكون الأشياء مختلفة؟"

١ Querying extremes.

النظر للخلف[1]

من المفيد أحيانًا، فى استخراج حديث التغيير، جعل المريض يتذكر الأوقات قبل ظهور المشكلة ومقارنتها بالموقف الحالى:

"هل تتذكر وقت أن كانت الأحداث تمر بشكل جيد بالنسبة لك؟ ماذا تغير؟"

"كيف كانت الأشياء قبل أن تبدأ فى تعاطى المخدرات؟ كيف كنت عندئذٍ؟"

"أخبرنى كيف تقابلتما، ما الذى جذب كل منكما للآخر فى الماضى. كيف كان الأمر؟"

"ما الفروق بينك من عشر سنوات وأنت الآن؟"

"كيف غيرك الألم كشخص، أو منعك من النمو والمضى قدمًا؟"

أحيانا ما تستعيد النظرة إلى الماضى الزمن قبل ظهور المشكلة ويمكن أن توضح كلاً من التباين مع كيف هى الأمور فى الوقت الحاضر واحتمالية أن تكون الحياة أفضل. وإذا كانت النظرة إلى الوراء تؤدى إلى وصف الفترة حين كانت المشكلة أسوأ، يمكنك استكشاف ماذا حدث ليحدث تحسن حتى الآن.

النظر للأمام

تعد مساعدة العملاء على تخيل مستقبل متغير منحى آخر لاستخراج حديث التغيير. تطلب من العميل هنا أن يخبرك كيف سيكون الأمر بعد التغيير:

"إذا قررت أن تقوم بالتغيير، ماذا تتمنى أن يكون مختلفًا فى المستقبل؟"

"كيف تحب أن تتحول الأمور بالنسبة لك بعد عشر سنوات من الآن؟"

"أرى أنك تشعر بالإحباط حقًا الآن. كيف تحب أن تختلف الأمور؟"

---

١ Looking back.

بالمثل، يمكنك أن تدعو العميل للنظر أمامه عبر المستقبل ويتوقع كيف ستكون الأمور إذا لم يحدث تغيير:

"افترض أنك لم تقم بأى تغيير، أى تبقى فقط كما أنت. كيف تتوقع حياتك بعد عشر سنوات من الآن؟"

· "عرفنا ما حدث حتى الآن، ماذا تتوقع أن يحدث على مدى خمس سنوات من الآن إذا لم تقم بأى تغيير؟"

يوجد بعض الخلط هنا بين النظر للأمام والاستفسار عن أقصى النتائج. ومع ذلك، فى طريقة النظر للأمام، تسأل عن التقديرات الواقعية للعميل عن مستقبل لم يحدث فيه تغيير أو أمنياته الواقعية لمستقبل مختلف.

استكشاف الأهداف والقيم

ما زالت هناك طريقة أخرى هى أن تطلب من العميل أن يخبرك عن أهم الأشياء فى حياته. فعلى الرغم من كل شىء، لا يوجد بالفعل "من ليس لديه دافع". ربما تختلف أولويات العملاء تمامًا عن أولويات المرشد غير أن كل شخص لديه أهداف وقيم واستكشاف ما هى هذه الأهداف والقيم يمدنا ببعض النقاط المرجعية لمقارنتها بالحالة الراهنة.

يمكن أن تختلط هذه الطريقة بشكل حسن مع عمليات النظر للأمام. ما الأهداف أو القيم التى يعتبرها هذا الشخص الأكثر أهمية؟ من منظور مقابلة الدافعية، الهدف من هذا الاستكشاف هو العثور على طرق لا يتسق من خلالها السلوك الراهن مع القيم والأهداف المهمة للشخص أو تقوضها. وعند تحديد قيم العميل وأهدافه العليا أو الأكثر محورية، يمكنك سؤاله عن كيف تتلاءم المشكلة موضع المناقشة (مثل، الشرب) مع هذه الصورة. النقطة المحورية هنا هى استكشاف موضوع التباين بين الأهداف أو القيم المهمة وسلوك العميل الراهن وتنميته. يعرض الفصل التاسع عشر بعض الطرق الأكثر نوعية لاستيعاب القيم فى مقابلة الدافعية.

ملخص

فى مقابلة الدافعية، يعد استخراج حديث التغيير طريقة أولية لتنمية التباين، إسماع العميل نفسه أسباب التغيير يزيد الوعى بالتباين بين أهدافه وأفعاله الحالية. وكلما كان هذا التباين كبيراً كانت الأهمية المدركة للتغيير كبيرة. يمكن أن تكتمل الطرق الأربع المبكرة الأولى لمقابلة الدافعية (OARS) بواحدة هى استخراج حديث التغيير، وذلك من خلال:

١- توجيه أسئلة مفتوحة تستحث حديث التغيير؛

٢- تأكيد حديث العميل عن التغيير ودعمه؛

٣- تمعن حديث التغيير الذى يقوم به العميل، بشكل انتقائى أحياناً، حيث يتيح هذا التمعن للعميل أن يسمع حديث التغيير للمرة الثانية؛

٤- تقديم تلخيصات تجميعية وواصلة وانتقالية لحديث التغيير، تتيح للعميل أن يسمع مرة أخرى العبارات التى قالها.

يمكن أن تفيد طرق أخرى، مثل المردود الموضوعى واستكشاف القيم، فى زيادة التباين المدرك. وتركز المرحلة الأولى من مقابلة الدافعية بشكل أولى على هذه العملية من بناء الدافعية الذاتية من خلال تضخيم التباين وتوضيحه.

ومع ذلك، يعد حديث التغيير مهماً ليس فقط فى الجلسات المبكرة بل طوال عملية الإرشاد حيث لا يختفى التناقض الوجدانى عادةً بل ينخفض فى الانتقال إلى المرحلة الثانية وبدء الحركة تجاه التغيير. كما يمكن أن يفيد حفز حديث التغيير كتذكير متواصل بأسباب الالتزام بالتغيير.

إجابات شكل [٦-٢]

١- سؤال مفتوح.

٢- سؤال مغلق، يسأل فيه عن معلومة معينة. سيكون سؤالاً مفتوحًا (فى شكل أمر) لو قلت" أخبرنى عن سنوات نشأتك".

٣- سؤال مغلق، يتضمن فى بنائه البلاغى إجابة «ب» "نعم" أو "لا" وسيكون الشكل المفتوح منه "ما الذى يعطى معنى لحياتك؟"

٤- سؤال مغلق، يجاب «ب» "نعم" أو "لا". وسيكون الشكل المفتوح منه "ما رأيك فى عودتك للمتابعة؟"

٥- سؤال مفتوح.

٦- سؤال مغلق، يجاب «ب» "نعم" أو "لا". وسيكون شكله المفتوح "ما الأمور الجيدة والأمور السيئة فيما يتعلق ببقائك فى هذه العلاقة؟"

٧- مشورة فى شكل سؤال مغلق، إجابته الحرفية «ب» "نعم" أو "لا". ونسخته المفتوحة ستكون "إذا قررت أن تتمرن أكثر، ما نوع التمرينات الأكثر جاذبية وقبولا بالنسبة لك؟"

٨- سؤال مغلق. أسقط الاختيارات المتعددة التى فى النهاية وسيصبح سؤالاً مفتوحًا.

٩- سؤال مفتوح.

١٠- سؤال مغلق، يسأل عن معلومة معينة – تاريخ.

١١- سؤال مفتوح.

١٢- سؤال مغلق بلاغيًا. سيكون شكله المفتوح هو "بأى المعانى مهم بالنسبة لك أن تكون بصحة جيدة؟"

١٣- سؤال مفتوح

١٤- سؤال مغلق يجاب بـ"نعم" أو "لا".

١٥- سؤال مغلق، ذو اختيارين.

الهوامــش

(1) Rubino, Barker, Roth, and Fearon (2000).

(2) Gordon (1970).

(3) Miller (1983).

الفصل السابع

الاستجابة لحديث التغيير

إن ما يشفينا هو الحقيقة التى ننطق بها نحن،
وليس ما نتلقاه من علاج

- O.HOBART MOWRER (1996)

متى تكون مقابلة الدافعية توجيهية ؟

عرفنا فى الفصول السابقة مقابلة الدافعية بوصفها أسلوبًا إرشاديًا توجيهيًا متمركزًا حول العميل؛ فمن جانب، تعد مقابلة الدافعية دائمًا منحى توجيهيًا من حيث إنه يوجه مباشرةً وبشكل واعٍ فى اتجاه حل التناقض الوجدانى لتيسير التغيير، ومن جانب آخر، تتنوع أشكال التوجيه فى مقابلة الدافعية، رغم ذلك، بناءً على امتداد هدفها لحل التناقض الوجدانى فى اتجاه نوع معين من التغيير. انظر ما هى الفروق المحتملة فى عمل مقابلة الدافعية مع كل من هؤلاء العملاء على سبيل المثال:

- زوجان يحاولان اتخاذ قرار ما إذا كانا يتبنيان طفلاً أم لا.
- شخص يعانى من زيادة الوزن تخلص من كمية دالة من وزنه فى أوقات عديدة غير أنه دائمًا ما يعود إلى نفس الوزن مرة أخرى.
- شخص يعانى من السكرى، وضع فى غرفة الطوارئ؛ بسبب ضعف التحكم فى نسبة السكر فى الدم.
- مرتكب جريمة جنسية يلتحق بالعلاج كبديل للسجن.

البعد الواضح الذى تتنوع على طوله هذه الأمثلة الأربعة هو الحد الذى يملك المرشد عنده معنى واضحًا للنتيجة المرغوبة من التغيير فى الحالة الأولى، ربما لا يكون لدى المرشد رأى أو إسهام إطلاقًا عن أى الطرق يقرر الزوجان. وفيما يتعلق بزيادة الوزن، يختلف المرشدون الخبراء فى آرائهم حول الرغبة فى استمرار بذل الجهود لإنقاص الوزن. والطبيعة المهددة للحياة فى السكر الخارج عن السيطرة من المرجح أن تؤدى إلى قناعة أوضح بالتغيير المرغوب – أى تحسين التحكم فى نسبة السكر فى الدم. فى النهاية، فى حالة مرتكب الجريمة الجنسية، هناك ضحايا محتملون نضعهم فى الاعتبار أيضًا، إلى جانب إجماع المجتمع عامةً فيما يتعلق بالرغبة فى تغيير هذا السلوك.

ومن ثم توجد حالات واضحة، توجه مقابلة الدافعية فيها نحو هدف معين للتغيير الذى يرى المرشد أنه مرغوب، حتى وإن كان العميل فى نفس اللحظة لا يشعر بأنه مستعد لاتباع مثل هذا التغيير أو يريده أو قادر عليه. كان ذلك، فى الواقع، السياق الذى نمت داخله مقابلة الدافعية أصلاً: لزيادة الدافعية الذاتية للتغير لدى أفراد ذوى سلوكيات إدمانية ثابتة تؤذيهم وتؤذى الآخرين. يخلق مثل هذا التباين بين أهداف العميل والمرشد مشكلات أخلاقية معقدة ومثيرة موضحة فى الفصل الثانى عشر.

على الرغم من ذلك، نحن ندرك أن أسلوب مقابلة الدافعية يمكن أن يستخدم أيضًا فى مساعدة الأفراد العالقين لحل تناقضهم الوجدانى والتحرك مع التغيير، حتى عندما يكون المرشد غير مبالٍ حقًا باتجاه التغيير، فاختيار الإرشاد هى عملية مشروعة ومفيدة حتى (ربما خاصة) عندما لا يكون للمرشد النفسى رأى معين أو إسهام فى اختيار هذه النتائج.

وبالتالى ستختلف الكيفية التى يستجيب بها المرشد لحديث التغيير داخل مقابلة الدافعية بناءً على المدى الذى يصل إليه هدف الإرشاد لاستخراج الدافعية الذاتية لنوع معين من التغيير أو الاتجاه نحو التغيير. نبدأ بالموقف الأكثر ألفة الذى يوجد فيه تغيير معين يتجه إليه الإرشاد.

عندما تكون مقابلة الدافعية توجيهية

لا يكفي مجرد استثارة حديث التغيير عندما تكون نية مقابلة الدافعية هى زيادة الدافعية الذاتية نحو نتائج تغيير معين. هنا يستجيب المرشد بشكل متباين لعبارات العميل، بناءً على ما إذا كانت هذه العبارات تتجه نحو (حديث تغيير) أو بعيداً عن (مقاومة) هدف التغيير. وكما لاحظنا مبكراً، يقوم المرشدون بذلك حتى بدون وعى به حيث يشجعون العملاء فى اتجاه معين. والماهرون فى مقابلة الدافعية يكونون على وعى وانتباه لهذه العملية من الاستجابة المتباينة.

الجانب الذى يستحق الملاحظة هنا أنه فى سياق مقابلة الدافعية هذا عادةً ما تعرف مصطلحات " حديث التغيير" و"المقاومة" فى علاقتها بنمط معين من التغيير، ونحتاج فقط لتحليل قليل من جلسات الإرشاد لإدراك أن الأفراد يتحدثون عن أنواع كثيرة من التغييرات. وفى الواقع، ربما ينظر للحديث الموجه نحو نوع معين من التغيير محكوم على أنه يمثل مقاومة إذا كان التغيير فى اتجاه مضاد لهدف الإرشاد. انظر المثال التالى:

"أعرف أنه يجب علي حقًا قطع هذه العلاقة، من الصعب أن تتوقف عن التعاطى عندما يكون الشخص الذى تعيش معه متعاطياً دائماً، أود أن تكون لى حياتى الخاصة ووظيفة حقيقية، وأن أربى أبنائى فى بيئة أفضل. لكنى أحبه، ومن الصعب التفكير فى هجره".

ما الذى سنعتبره حديث تغيير أو مقاومة فى هذا المثال؟ يعتمد ذلك على كيف يفكر المرء فى هدف أو أهداف التغيير. ما يعد حديثاً للتغيير سوف يختلف بناءً على ما إذا كان العميل جاء إلى الإرشاد للبحث عن وظيفة أم الإرشاد الزواجى أم علاج الاعتماد على المخدرات؛ هل تم تحويله بسبب مشكلات تتعلق بإساءة محتملة لطفل؛ أو كان فى الحماية بوصفه ضحية عنف أسرى، يعتمد ذلك على الأهداف المحددة للتغيير. وبالتالى، يشير حديث التغيير فى هذا السياق إلى حديث موجه نحو نوع مرغوب من التغيير، وتشير المقاومة إلى حديث يبتعد عن نوع معين من التغيير.

وعندما يكون هناك هدف واضح للتغيير، تتضمن مقابلة الدافعية ليس فقط استثارة حديث التغيير بل الاستجابة له بطرق معينة أيضًا، وقد تم وصف طرق استثارة حديث التغيير فى الفصل السادس. يركز هذا الجزء على الأوجه الإكلينيكية لكيفية الاستجابة عندما يحدث حديث التغيير، مع هدف تقنى عام لدعم حديث التغيير وزيادته وتعد الاستراتيجيات العامة التى وصفناها مألوفة حتى الآن: تفصيل حديث التغيير وتأمله وتلخيصه والتأكيد عليه، ويتناول الفصل الثامن موضوع كيف نستجيب للمقاومة (هى، الحديث الذى يتحرك بعيداً عن الاتجاه المرغوب للتغيير).

تفصيل حديث التغيير

سواء سيواصل العميل الكشف عن حديث التغيير أو ينحرف بعيداً عنه يعتمد ذلك على كيف تستجيب له. فعندما يقول الشخص عبارات التغيير، حتى بشكل مؤقت، استجب باهتمام معين، سواء غير لفظى (مثل، بانتباه وانحناءة خفيفة فى الرأس) ومن خلال طلب التفصيل.

وبمجرد أن تبدأ العملية، يكون التشجيع المتواصل على الاستمرار فعالاً. الصيغة العامة هنا هى "ماذا أيضًا؟":

"بأى الطرق؟"

"أعطنى مثالاً. متى كان آخر مرة حدث ذلك؟"

"ماذا لاحظت أيضًا أو أقلقك؟"

"ما الأمور الأخرى التى تشغلك بخصوص ______؟"

"ماذا عن بعض الأسباب الأخرى التى تجعلك تريد عمل التغيير؟"

"ما الأمور الأخرى التى أخبرك عنها الآخرون؟"

"ماذا أيضًا يجعلك تعتقد أنك قادر على التغيير؟"

"كيف أيضًا سيمكنك عمل ذلك؟"

تمعن حديث التغيير

يوضح الإنصات المتمعن المعنى الذى يقصده العميل ويشجع على الاستكشاف المتواصل للمحتوى الذى يتم تمعنه، وبالتالى، من المرجح أن يستثير التمعن البسيط لحديث التغيير تفصيلاً واستكشافًا أكثر.

سواء بوعى أو بغير وعى، يعتبر الإنصات المتمعن انتقائيًا، حيث لا يتمعن المرشد كل ظلال المعنى، ولا يستطيع ذلك كما لا يمكنه استكشاف كل السبل الممكنة أو يصل إلى كل المحتوى المعروض أو المضمر فى حديث العميل وذلك لسبب واحد، هو أنك تستطيع فقط أن تتمعن تلك الجوانب التى تدركها. ومع ذلك تختار، داخل مدى المحتوى المدرك، ما تتأمله وما تتركه دون ذكر. وفى مقابلة الدافعية، تكون هذه العملية الانتقائية واعية ومقصودة، حيث يتم تمعن حديث التغيير للعميل بشكل انتقائى.

انظر إلى هذا المثال كيف يستجيب المرشد للسيدة التى تعانى من مشقة التناقض الوجدانى فى المثال السابق، إذا كان الإرشاد هنا نحو الابتعاد عن علاقة مسيئة:

العميلة:...... ربما كان من الأيسر أن نبقى معًا فحسب ونعمل على تصحيح علاقتنا على الأقل حتى تبدأ ابنتى الدراسة.

القائم بالمقابلة: إذن، واحد من أهم اعتباراتك هو كيف سيؤثر بقاؤكما معًا أو انفصالكما على ابنتك.

العميلة: صحيح. لا أريد أن ألحق الفوضى بحياتها، فقط لأن حياتى لحقتها الفوضى ومن الأفضل لها، على ما أظن، أن يكون والداها بجوارها، ولكن من بعض النواحى ليس لزوجى تأثير جيد عليها.

القائم بالمقابلة: ما هى بعض تلك النواحى؟

العميلة: حسنًا، مثل ما أخبرتك به، أصبح ذا مزاج سيئ، لم يضربها أبدًا بعد، ولكنها تراه يضربنى وذلك حقًا يؤذيها.

القائم بالمقابلة: ليس جيدًا، كما تظنين، بالنسبة لها أن تراه يؤذيك، وأنت قلقة أنه ربما فى النهاية يؤذيها جسديًا أيضًا.

العميلة: هذا سيئ جداً وكان مريعًا آخر مرة، حيث كانت تصرخ وتبكي، ولكن هذا لم يوقفه.

القائم بالمقابلة: كانت خائفة حقًا، ولكن لم يبد أن هذا مهم؛ حيث لم يمنعه من أن يسبب لك مزيداً من الأذى.

العميلة: بمجرد أن يبدأ فى عمل ذلك، لا يأبه بأى أحد أو أى شىء. كما لو كان فى ثورة غضب أعمى.

القائم بالمقابلة: ويعد ذلك مرعبًا لطفلة فى السنة الرابعة من عمرها، وكذلك بالنسبة لك أيضًا. لذلك إذا لم تمانعى ما يحدث لك تحديداً من المهم حماية هذه الطفلة الصغيرة ابنتك.

العميلة: هى جميلة جداً، وأنا أحبها كثيراً.

القائم بالمقابلة: ربما يكفى هذا لجعل الاختيار صعبًا حقًا.....

يكتسب الميل لتصويب الخطأ قوة فى مواقف مثل هذه. حيث يكون من السهل تمامًا تخيل المرشد يتدخل بمشورة قوية، يعرف الأم بواجبها، أو يحذرها أو يأمرها حتى. ربما يكون ذلك ضرورياً أحيانًا، غير أنه من الجدير النظر فى الافتراضات التى ينطوى عليها استخدام مثل هذه الحواجز، والتى يتم التواصل من خلالها. حيث تفترض ضمنيًا أن الأم لا ترى الخطر ولا تستطيع تقديره، وغير قادرة على اتخاذ القرار الصحيح بنفسها وتحتاج لشخص غيرها ليسيطر ويملى عليها ما تفعله. هناك مواقف يكون فيها تصويب الخطأ هو الشىء المناسب تمامًا لفعله، مثل فى حالة شخص مكتئب اكتئابًا حاداً ويعانى من تسمم كحولى وفى متناول يده وسائل تعينه على الانتحار ويخطط لعمل ذلك. ومع ذلك، فى مواقف كثيرة أخرى، نعتقد أن الأكثر فعالية هو استثارة الدافعية الذاتية من الشخص والتخطيط للتغيير بدلاً من محاولة وضع هذه الدافعية فيه.

هناك خطر جدير بالملاحظة فى التمعن الانتقائى لحديث التغيير، وهو أنه قد يستجيب شخص يعانى تناقضًا وجدانيًا بالعكس عندما يبدو أنك تأخذ جانبًا فى المجادلة. وبالتالى يمكن أن يكون لتمعن حديث التغيير تأثير معاكس فيعمل على حفز الجانب الآخر من التناقض الوجدانى (المقاومة). وإذا حدث ذلك يكون من السهل علاجه بالتمعن مزدوج الجانب. المهم هو عدم الوقوع فى دفاع عن جانب التغيير بينما يدافع العميل عن الجانب الآخر.

العميل: والداى حقًا صارمان جداً، أكره ذلك ولكنى أظن أن ذلك بسبب قلقهما على.	
القائم بالمقابلة: يعتنيان كفاية بك	يتمعن جانبًا واحداً...... ليضع حدوداً
العميل: ولكن قواعدهما غير معقولة	.... يستخرج الجانب الآخر
القائم بالمقابلة: تتمنى، أحيانًا، لو أنهما لم يعتنيا بك كثيراً، لأنهما ذهبا أبعد من اللازم فى محاولة حمايتك.	تمعن مزدوج يستعيد الوقوف على كلا الجانبين.....
العميل: حقًا! أعنى، أعرف أنهما يعتنيان بى أريد فحسب أن يعطيانى مزيداً من الحرية ويثقان بى أكثر.	.......ويستعيد منظوراً متوازنًا

تذكر دائمًا أن الهدف العام هنا هو أن يصوت العميل فى جانب التغيير من الصراع، وفى النهاية، يتحرك نحو هذا الاتجاه.

تلخيص حديث التغيير

ثالث طريقة مفيدة للاستجابة لحديث التغيير، بجانب التمعن وطلب التفصيل، هى تقديم تلخيصات تجمع معًا باقات عبارات التغيير التى قالها العميل. فى الفصل السابق ميزنا بين التلخيصات التجميعية والواصلة والانتقالية، غير أن كل الأنواع الثلاثة تقدم وظيفة مشابهة: فهى تتيح للشخص سماع حديث التغيير الخاص به مرة أخرى.

تعد التلخيصات، مثل التمعنات، انتقائية بشكل واعٍ، حيث توضع زهور معينة فى الباقة بينما لا توضع زهور أخرى. توضع بعض الزهور فى المقدمة فى موضع بارز وتوضع زهور أخرى فى الجنب. بشكل عام، تعد التلخيصات تجميعات لعبارات التغيير التى قالها العميل: مساوئ الحالة الراهنة وأسباب التغيير والتفاؤل من التغيير والرغبة فى التغيير (الفصل السادس). لاسيما فى التلخيصات الانتقالية التى تميل لأن تكون أطول بعض الشىء. من المهم أن تشمل خلفية الجانب الآخر من التناقض الوجدانى والمعرفة به أيضًا ويمكن أن يؤدى تضمين الجانبين بالعميل إلى الاستجابة لتلخيصك بـ"نعم، ولكن...." وفيما يلى مثال لتلخيص انتقالى يتضمن عبارات مقاومة مضمرة داخل حديث تغيير بارز:

"ما يبدو أنك تفكر فيه إذن، هو أنك تريد عمل تغيير دال فى أسلوب حياتك. فى الواقع، يبدو أن التغيير لابد أن يكون كبيرًا لينجح: الرحيل إلى جيرة مختلفة وإيجاد مجموعة كاملة من الأصدقاء الجدد والحصول على وظيفة لتكون أكثر استقرارًا فى حياتك، وربما إعادة الاتصال بالكنيسة. هناك جزء فيك رغب فى العودة إلى حياتك القديمة، لأنك ستخسر الكثير مما هو أكثر ألفة بالنسبة لك الآن، لكنك تعتقد فى الغالب أنه حان الوقت للمضى قدمًا فى حياتك. وأحد الاحتمالات التى تنظر إليها هو التطوع فى أحد مواقع القوات المسلحة التى من الممكن أن تساعدك على فعل كل ذلك مرة واحدة. ترى عددًا من الأسباب المهمة لاتخاذ هذه القفزة الآن على الرغم من صعوبتها، واحد من هذه الأسباب هى الحرية، حيث ترى نفسك متوجهًا ناحية السجن، وربما الحياة فى السجن

إذا لم تحول حياتك سريعًا. لديك أيضًا هذا الشعور بأن الوقت قد حان لتنضج فقد كانت المراهقة ممتعة، لكن الآن حان الوقت لبلوغ الرشد. كان لديك بعض الشعور بالخسارة في هذا أيضًا – ترك الطفولة وتولى المسئولية – لكنك تبدو مستعداً للمضى قدمًا. من المهم حقًا أيضًا بالنسبة لك أن تكون هناك من أجل ولدك ولا تتركه ينمو بدونك. كل ذلك يجعلك تريد أن تعمل مثل هذا التغيير الكبير الآن".

لاحظ بعض الفروق الدقيقة فى اللغة هنا، حيث وضعت جمل المقاومة فى زمن الماضى بينما وضعت جمل حديث التغيير فى زمن المضارع. فى تلخيص المناقشة فى الفصل السادس أشرنا إلى استخدام حروف الربط "و" للوقوف على التناقض الوجدانى بدلاً من "لكن"، لأن الحرف الأول يعرف الوجود الآنى لكلا الجانبين. ومع ذلك، لاحقًا فى هذه العملية، فى الوقت الذى يبدأ التناقض الوجدانى فى التحرك اتجاه التغيير، يكون من المفيد تغيير بناء اللغة لوصف جانب المقاومة. وهذا موضح فى المثال السابق. وضعت نقاط التأرجح (المقاومة) أولاً داخل جملة، ثم ربطت بـ"لكن" لتتدارك نقاط حديث التغيير. فأداة الربط "لكن" لها تأثير ماحٍ جزئيًا يوجه الانتباه نحو التالى له ويبعد عما جاء قبله. فهى لها تأثير ماكر يقلل من قيمة السابق له أو يضعفه. انظر إلى مثال من تقييم الأداء:

"بشكل عام، جونز، أنت تقوم بعمل جيد هنا، نحن نثق بك ونوعية عملك جيدة، ولكن....."

فجأة، كل ما جاء من قبل نسى، وتركز انتباه الموظف على القادم أيًا كان، لذلك يمكن أن تكون أداة الربط "لكن" (أو المعادل الوظيفى لها مثل "مع ذلك" و"على الرغم من" و"مع أن") نحويًا مفيدة عندما ترغب معرفة الجانب الآخر من التناقض الوجدانى، لكنك توجه العزم اتجاه التغيير.

تأكيد حديث التغيير

فى النهاية، يستطيع المرء دعم حديث التغيير ببساطة من خلال التعليق إيجابيًا عليه. قليل من الأمثلة التالية ستكون كافية:

"يبدو هذا فكرة جيدة".

"يمكننى أن أرى ما يشغلك".

"أعتقد أن هذا ينجح".

"أنت مهتم للغاية بتأثير أفعالك على الآخرين".

"إنها نقطة جيدة".

"من المهم جدًا بالنسبة لك أن تكون والدًا جيدًا".

"أعتقد أنك على حق فى ذلك".

فى ختام هذا الجزء، الفنى على الأرجح، نميل إلى تأكيد الروح العامة الداخلية التى تتضمنها هذه الطرق؛ وهى أن مقابلة الدافعية ليست مجموعة من التقنيات السريعة الخادعة لجعل الأفراد تتغير، حيث يجب احترام استقلالية الفرد دائمًا، وحيث تظهر مبررات التغيير من قيم العميل الذاتية وأهدافه. فمقابلة الدافعية عملية تعاونية للمشاركة فى اتخاذ قرار.

عندما تكون مقابلة الدافعية غير توجيهية

هناك أوقات أخرى لا يوجه فيها الإرشاد نحو أى نتيجة معينة للتغيير، وطبعًا مازالت هناك أهداف للإرشاد؛ أكثر هذه الأهداف شيوعًا هو مساعدة العميل على الحركة وحل التناقض الوجدانى والمضى مع عجلة الحياة. وما نعنيه هنا هو أن المرشد ليس مهتمًا بتوجيه حل التناقض الوجدانى نحو أى نوع من التغيير.

الهدف هو مساعدة الأفراد لاستكشاف الخيارات التى أمامهم وعواقبها المحتملة فى ضوء قيمهم الخاصة وأهدافهم، وربما يقدم المرشد معلومات مطلوبة غير أنه لا يقدم مشورة فى اتجاه معين، حيث يبدو فعليًا غير مبالٍ بالاتجاه الذى يتم اختياره. يطلق علماء الأخلاق الطبية على ذلك مصطلح "التوازن"[1]، عندما لا يكون لدى الطبيب وضوح ليوصى بنوع معين من العلاج دون آخر.

بشكلٍ ما يتطلب هذا الموقف مستوى مرتفعًا وثابتًا من المهارة الإكلينيكية أكثر من التوجيه فى الإرشاد، لأن المرشد يجب أن يتجنب تلقائيًا ترجيح إحدى كفتى الميزان (للاطلاع على أمثلة انظر الفصل السادس). هناك أيضًا مخاطرة عكسية فى نفى كل عبارة من عبارات التغيير من خلال استثارة المعاكس لها وبالتالى يتفاقم التناقض الوجدانى:

العميل: أظن سيكون ممتعًا أن أذهب، فأنا لم أزر مكانًا مثل جرينيدا **Greneda** أبدًا، ولكنى أكره أيضًا أن يضيع وقت الإجازة.

القائم بالمقابلة: هناك أمور أخرى تود إنجازها فى إجازتك.

العميل: لدي عمل فى المنزل وأستمتع بزراعة الحديقة الخلفية، ومن الممتع أحيانًا أن تظل فى المنزل فحسب.

القائم بالمقابلة: ومع ذلك، تعد زيارة مكان جديد أمرًا جذابًا أيضًا.

العميل: هو كذلك! أحب فكرة التحليق فقط نحو أماكن لم أرها من قبل وطرح كل شىء آخر جانبًا. ربما لا أرغب فى العودة!

القائم بالمقابلة: ومازال من الممتع أيضًا الاسترخاء فى المنزل وإنجاز قليل من الأمور هناك.

---

١ Equipoise.

توضيح التناقض الوجدانى

إحدى المهام المفتاحية هى توضيح التناقض الوجدانى لاستكشاف كل جانب بعمق أكبر، حيث يمكن أن تكون عملية الذهاب والعودة الموضحة توًا محبطة تمامًا. وهى فى الواقع تمثل كيف يظل الأفراد عادةً عالقين فى التناقض الوجدانى ذهابًا وإيابًا يفكرون فى المساوئ والمزايا حتى يتوقفوا فى سخطٍ شديد.

إحدى الطرق هى الاستكشاف المدقق لكل جانب من جوانب صراع التناقض الوجدانى، ويتم ذلك من خلال توضيح أنك تستكشف على نحو متصل جانبًا واحدًا فى كل وقت. (لاحظ أنه ربما يكون هناك أكثر من اختيارين فى الاعتبار: وهذا ليس تناقضًا وجدانيًا بقدر ما هو تعدد وجدانى)[1] فى الوقت الراهن تظل جاذبية الاختيارات الأخرى غير مؤكدة، فأنتما تمضيان معًا فى طريق واحد فى الوقت الواحد تستكشفان مزاياه وعيوبه. ثم تتكرر العملية لاختيار آخر. وربما يكون من المفيد الإبقاء على ملاحظات التوازن القرارى فيما يتعلق بمزايا وعيوب كل اختيار وجعل مناقشات كل جانب مرئية فى نفس الوقت (انظر الفصل الثانى والسادس).

لابد أن تحتوى تمعنات التلخيص على العناصر المهمة لكل جانب من الصراع. وتعتبر التمعنات ثنائية الجانب مع أدوات الربط "و" (وليس "لكن") جزء سوى من هذه العملية.

توضيح القيم

بعد أن يتضح التناقض الوجدانى، ماذا بعد؟ بروز التناقض الوجدانى يشبه بروز غابة عميقة، ومن ثم عليك التقاط الاتجاه والاستمرار على طريق مستقيم قدر الإمكان. والسؤال هو: كيف تلتقط الاتجاه؟

---

١ Multivalence.

الأساس الأولى لحل التناقض الوجدانى هو ما يتعلق بقيم العميل، ما الذى يعتبره العميل أعز شئ؟ ما الأهداف والقيم المحورية فى حياته؟ أى القيم تتعلق بشكل خاص بنقطة الاختيار هذه؟

كيف سيحرك كل حل ممكن العميل فى اتجاه قيم وأهداف مهمة أو بعيداً عنها؟ النظرة للأمام، أين يريد العميل أن يكون خلال خمس أو عشر سنوات؟ كيف سيحرك كل حل ممكن العميل فى اتجاه هذا التخيل المنشود أو بعيداً عنه؟

فيما يلى مثال عن مقابلة دافعية غير توجيهية مع عميلة تختار بين البقاء فى مجتمعها الحالى أو الرحيل للحصول على وظيفة جديدة فى مجتمع آخر. يوضح هذا المثال باختصار الطرق التى تم وصفها: التمعن ثنائى الجانب وتوضيح التناقض الوجدانى بطريقة واحدة فى الوقت الواحد وتمعنات التلخيص وضم القيم.

القائم بالمقابلة: اسمحى لى أن أقترح تجريب بعض الأمور هنا، من الممكن أن تظلى عالقة فى اتخاذ قرار كهذا، لأنكِ بينما تفكرين فى ميزة أحد الاختيارين تفكرين فى عيب فيه أيضاً أو ميزة فى الاختيار الآخر. لذا دعينا نأخذ احتمالات أحد الجانبين كلها مرة واحدة: البقاء هنا أو الرحيل. لنبدأ بالبقاء هنا، ما هى مزاياه؟

العميلة: مألوف - الشر الذى تعرفه، كما يقولون، لست سعيدة فى العمل، لكنى بحالة جيدة وأعرف كيف أعمل بشكل جيد.

القائم بالمقابلة: إذن أنتِ تعملين هنا بشكل جيد، ماذا أيضاً؟

العميلة: لدي عديد من الأصدقاء هنا منهم أصدقاء حميمون حقًا وسوف أفتقدهم كثيراً. قلت سأتصل بهم أو أكتب لهم، لكن الحقيقة أننى سأنشغل ولن أفعل ذلك وستبتعد هذه الصحبة، وطبعًا أنا متأكدة أن بمقدورى عمل صداقات جديدة إذا رحلت.

القائم بالمقابلة: لكن ذلك يتعلق بالاختيار الثانى، دعينا الآن نتحدث عن الاختيار الأول: البقاء هنا، قلتِ، حتى الآن، إن موقفكِ فى العمل مُرضٍ، ليس عظيمًا، ولكن مألوفًا ولديك هنا أصدقاء حميمون جيدون مهمون بالنسبة لك، ماذا أيضاً؟

العميلة: إنه يرتبط بشكل ما، غير أنى حقًا أحب المعبد الذى أصلى فيه، وربما من الصعب أن أجد مثل هذا المجتمع فى مدينة جديدة، حيث يعنى الكثير بالنسبة لى أن أذهب كل سبت وأقترب من الحاخام والأفراد هناك، يسمو بى ذلك روحيا.

القائم بالمقابلة: حسنًا، لديك مجتمع دينى قوى هنا. ماذا أيضًا؟

العميلة: ربما يكون من الأفضل بالنسبة لـ"أليسون Alison" (الابنة) أن تنهى المدرسة هنا، فقد أمضت ثلاث سنوات هنا ولا تريد الذهاب إلى مدرسة جديدة كما أننى أحب الطقس هنا.

القائم بالمقابلة: العمل والأصدقاء والمعبد والمدرسة والطقس، ماذا أيضًا سيكون جيدًا بالنسبة لك لو ظللت هنا؟

العميلة: أظن أن هذه هى المشكلة، من غير المريح دائمًا اقتلاع الجذور والبدء فى مكان جديد، غير أن هذه سنة الحياة أيضًا.

القائم بالمقابلة: صحيح، حسنًا، دعينا الآن ننظر إلى الاختيار الآخر محل الاعتبار، الرحيل إلى هذه الوظيفة الجديدة. ما هى مزايا هذا الأمر؟

العميلة (وهى تضحك): الأمر الأول الذى سيحدث لى هو أننى سأكون بعيدة عن زوجى السابق، حيث كان الطلاق أمرًا سيئًا جدًا وبطريقة ما كنت أود ترك كل ذلك وأبدأ من جديد. إنه تفكير سخيف، على ما أظن، غير أننى أعتقد بشكل ما أن الرحيل سيمنحنى مزيدًا من الشعور ببدء حياة جديدة، بلا كل عوامل التذكير المستمرة.

القائم بالمقابلة: من الطريف أن هذا هو أول شىء تفكرين فيه.

العميلة: حسنًا، سيبعدنى الرحيل عن الذكريات غير السعيدة هنا، كما أنهم يعرضون علي مرتبًا أفضل كثيرًا أيضًا، لكنى لم أخبر رئيستى حتى إننى أفكر فى الرحيل، ربما بيئة العمل الجديد أفضل غير أنه من الصعب إخباره بذلك. يبدو أن الأفراد الذين قابلتهم سعيدين بالعمل هناك، وأيضًا سأتحمل بعض المسئولية فى وظيفتى الجديدة.

القائم بالمقابلة: الوظيفة الجديدة فى حد ذاتها بها بعض عوامل الجذب بالنسبة لك: مرتب أفضل وصحبة أفضل وموقع وظيفى أكثر مسئولية........

العميلة: ليسوا حقًا صحبة أفضل، أحب الناس الذين أعمل معهم الآن، ولكن مبنى العمل الجديد أكثر إشراقًا، به نوافذ كبيرة ولا تشعر بالازدحام فيه، أظن أنهم يحتاجون إلى نوافذ كبيرة، لأنها تمطر هناك طوال الوقت.

القائم بالمقابلة: نوافذ جميلة، وطقسى ليس رائعًا.

العميلة: أيضًا تكلفة العيش باهظة هناك، غير أن هناك مدينة أكبر وتقدم أكثر.

القائم بالمقابلة: مثل.............

العميلة: لديهم هناك كثير من المتاحف والحفلات الموسيقية وهكذا، وحديقة حيوان جميلة حقًا وأعتقد أن المدارس أفضل.

القائم بالمقابلة: ستكون هذه المدارس أفضل بالنسبة لأليسون، وسيكون لديك كثير من الأشياء التى تقومين بها فى وقت فراغك.

العميلة: أظن ذلك.

القائم بالمقابلة: وماذا أيضًا؟

العميلة: لا أعرف حقًا المزيد عن هــذه الوظيفــة غير أنها طريقة للابتعاد والبدء من جديد.

القائم بالمقابلة: حسنًا، لدينا صورة كاملة هنا، دعينى أعرف ما إذا كان هناك شىء آخر؛ مزايا البقاء هنا هى أنكِ مستقرة هنا وهذا مألوف، وغالبًا ما يتضمن الانتقال إلى مكان جديد بعض الإزعاج، تعرفين عملك هنا ومع أنه غير مثالى، غير أنك تعرفين ما يمكن أن يحدث وماذا تفعلين معه. لديك أصدقاء جيدون هنا ولاسيما معبدك وجماعتك وأنت تحبين العمل هنا وستفضل أليسون البقاء هنا وإنهاء الدراسة. ربما يكون العامل الأكبر فى تفضيل الرحيل هو شعورك بالبدء من جديد، حيث سيبعدك ذلك

عن زواجك السابق والذكريات المؤلمة وسيمنحك فرصة للعيش من جديد. الوظيفة الجديدة بها مسئولية أكثر ومرتب أعلى فى سياق مستوى معيشة أكثر تكلفة قليلاً والمبنى الذى ستعملين فيه أكثر جمالاً، لكن الطقس ليس جميلاً. هناك الكثير لتعمليه هناك، وربما تكون المدرسة أفضل لأليسون، كيف يبدو هذا؟

العميلة: ممتاز- لكن لا يساعدنى ذلك كثيراً، مازلت أشعر بالتشويش.

القائم بالمقابلة: بالطبع تشعرين بذلك، لا توجد إجابة واحدة صحيحة هنا، هل يحدث أى شىء آخر لك غير ما قلت؟

العميلة: أدرك أننى قادرة على إخبار رئيستى فى العمل باحتمالية تركى العمل ورؤية ما سيحدث، فإذا غضبت ربما يساعدنى ذلك فى الرحيل، أو قد تعرض علي زيادة الراتب إذا كانت تود بقائى.

القائم بالمقابلة: لست حقًا متأكدة أى الاختيارين ستختارين.

العميلة: أعتقد أنه ربما ستحاول الإبقاء علي، حيث يبدو أنها تحب عملى. لذلك لن يساعدنى ذلك على الحسم أيضاً.

القائم بالمقابلة: ربما يزيل ذلك واحداً فقط من الفروق، الفرق فى الراتب، ويبدو أن هذا ليس الفرق الأكثر أهمية بالنسبة لك.

العميلة: حسناً، هذا مهم، أود أن أحصل على مرتب أفضل، لكن ليست هذه الصورة كاملة بأى المعانى.

القائم بالمقابلة: إذن دعينى أسألك: ما الأكثر أهمية بالنسبة لك؟

العميلة: فى عملى؟

القائم بالمقابلة: لا، فى حياتك. ما الذى يهمك أكثر؟ ما الذى تعطيه قيمة؟ ما الذى تريدين فعله فى حياتك؟

سؤال كبير! أعتنى بأليسون، لا أقول ذلك فقط لأن من المفترض أن أكون كذلك ولكنى حقًا أريد أفضل شيء لها.

القائم بالمقابلة: تحديدًا........

العميلة: أريدها أن تكون سعيدة، ولست مهتمة بصفة خاصة بما تقرر أن تفعله فى حياتها، فإذا كانت تريد مزيدًا من التعليم ستحصل عليه.

القائم بالمقابلة: أنتِ تحبينها كثيرًا.

العميلة: نعم فنحن قريبتان جدًا.

القائم بالمقابلة: ماذا أيضًا مهم فى حياتك؟

العميلة: أنا سيدة روحانية جدًا، أعرف أن هناك فى الحياة أكثر مما نراه، وأشعر كأننى طفلة فى الروضة عندما يتعلق الأمر بالدين، ولكنى أريد أن أستمر فى النمو روحانيًا.

القائم بالمقابلة: بأى الطرق؟

العميلة: لا أعرف كيف أوضح لك بالضبط، لكن هناك طريقًا أردت أن أسلكه وأريد أن أكون على يقين بأنى أسير فيه، أنا يهودية وذلك مهم بالنسبة لى.

القائم بالمقابلة: إذن هذا جزء من السؤال أيضًا، أحد هذين الاحتمالين يمثل الطريق الصحيح بالنسبة لك، ولكن أى واحد؟

العميلة: نعم، من المفترض أن يكون ذلك واضحًا، إلا أنه ليس كذلك.

القائم بالمقابلة: أليسون والنمو الروحى.... ماذا أيضًا فى قمة أولوياتك؟

العميلة: أريد أن أرتبط بشخص مرة أخرى، ربما أتزوج مرة أخرى، لا أريد أن أعيش حياتى وحيدة، لدي أليسون لكنها ستحتاج إلى الاستقلال بحياتها.

القائم بالمقابلة: ماذا عن الأشياء التى تعتزين بها أكثر فى حياتك؟

العميلة: أحب أن أكون فى الهواء الطلق، فى الطبيعة وأحب الموسيقى؛ لست عازفة موسيقى، ولكنى أحب الاستماع إلى الموسيقى الكلاسيكية، وأصدقائى مهمون بالنسبة لى - لدي على الأقل بعض الأصدقاء الجيدين، أصدقائى المقربين الذين يشاركوننى حياتى اليومية.

القائم بالمقابلة: ماذا عن عملك؟

العميلة: لا أعتقد أننى سأغير العالم، العمل مجرد وظيفة أستمتع بها، ولكن عندما أعود إلى البيت أكون فى بيتى، أنا شخص اجتماعى.

القائم بالمقابلة: ما ذكرتيه حتى الآن من الأمور التى تهمك حقًا فى حياتك هى ابنتك وزواجك مرة أخرى أو على الأقل الحصول على شريك والطبيعة والموسيقى وتكوين علاقات صداقة حميمة. كم تتناسب هذه القيم مع بقائك هنا أو الرحيل؟

العميلة: يبدو أن الرحيل فقط من أجل الحصول على وظيفة جديدة لا يمثل فارقًا كبيرًا، فليس هذا هو الأمر؛ لدي أصدقاء ومعبد وحياة هنا وأليسون تريد أن تبقى، ورغم وجود بعض العوامل الجذابة هناك، لكن حقًا ما أشعر به هو الحاجة لبداية جديدة والتحرر.

القائم بالمقابلة: والرحيل سيتيح لك ذلك.

العميلة: تعرف، لست حتى متأكدة من ذلك، إنها مشاعر كثيرة داخلى......

بدون الدفع نحو اتجاه أو آخر، يساعد المرشد العميل لاستكشاف كلا الجانبين من التناقض الوجدانى وتقييمهما فى علاقتهما بالقيم الشخصية المهمة لديه. ففى نهاية هذا المثال يبدو أن العميل يتحرك اتجاه الحل دون أن يحاول المرشد التأثير على اتجاهه، ويمثل هذا كيف يمكن استخدام مقابلة الدافعية لحل التناقض الوجدانى عندما لا يكون لدى المرشد التزامًا بنتيجة معينة.

بدون التوجيه، فهل هذا يعد إرشاداً متمركزاً حول العميل؟ من نواحٍ عديدة، نعم هو كذلك. فالمهارات الأساسية المستخدمة هى طرق وصفها روجرز، والهدف هو أن تكون غير توجيهية مثل الإرشاد المتمركز حول العميل ونعتقد أن الإضافة المهمة هنا هى كونها طرقًا غير توجيهية بشكل واعٍ. وكتطور لمنهج الإرشاد المتمركز حول العميل، تخضع مقابلة الدافعية للفحص متى وكيف ولماذا يمكن أن تكون مقابلة الدافعية توجيهية ومن خلال فهمنا لمتى وكيف يمكن أن تستخدم مهارات التمركز حول العميل بشكل توجيهى، يكون المرشد مستعداً أكثر، كما نأمل، للحفاظ على التوازن عندما يكون ذلك مناسباً.

ملخص

يمكن أن تستخدم طرق مقابلة الدافعية المتمركزة حول العميل بشكل توجيهى أو غير توجيهى، والفرق هو كيف يستجيب المرء لحديث التغيير و (كما سنرى فى الفصل الثامن عشر) للمقاومة النسبية لاتجاه معين فى التغيير. وتتضمن مقابلة الدافعية، عندما تستخدم بشكل توجيهى، تفصيلاً انتقائياً وتمعنًا وتلخيصًا وتأكيداً لحديث التغيير. وفى التطبيق، يكون المنحى غير التوجيهى أكثر قرباً للطريقة الأصلية للإرشاد المتمركز حول العميل، ولكن بوعى أكثر بكيف نحافظ على التوازن المحايد.

الفصل الثامن

الاستجابة للمقاومة

أنت مازلت صغيرا نوعًا ما، ونحن لا نعرف ما إذا كنت حصلت على ما يكفى.

د. بوب متحدثا إلى كلارنس، من كتاب إرنست كورتز Ernest Kurtz "ليس الله: تاريخ الكحوليين المجهولين".

تأملات عن المقاومة

يعتقد بعض الناس أن المقاومة تحدث بسبب طبيعة شخصية العميل الدفاعية المتسلحة، على سبيل المثال، تقدم بعض النظريات السيكودينامية[1] تفسيرًا للمقاومة كأعراض لصراعات فى اللاوعى ودفاعات نفسية تنشأ خلال مرحلة الطفولة المبكرة. وكان يعتقد أن آليات الدفاع البدائية، مثل الإنكار، جزء لا يتجزأ من الإدمان على الكحول، أو حتى إحدى علامات تشخيصه. وفقًا لهذه الطريقة فى التفكير، تلازم المقاومة العميل باستمرار.

---

١ Psychodynamic theories.

إننا نشكك فى وجهة النظر هذه التى ترجع المقاومة فى المقام الأول إلى العميل ونؤكد، بدلاً من ذلك، على أن المقاومة، إلى حدٍ كبير، تنشأ من التفاعل بين المرشد والعميل. وفى الحقيقة، ترى معظم كتابات العلاج النفسى أن المقاومة ظاهرة لا تحدث إلا فى سياق العلاج النفسى، وتبين البحوث بوضوح أن التغيير فى أسلوب الإرشاد يمكن أن يؤثر بشكل مباشر على مستوى مقاومة العميل بحيث يدفعها إلى الزيادة أو إلى الانخفاض (الفصل الأول) ويشير هذا إلى وجود نظرة عملية للمقاومة، هنا والآن، وهو ما يعنى أنها ليست ثابتة، وأن هناك ما يمكنك عمله بشأنها.

ولكن ما المقاومة؟ من الواضح أنها سلوك يمكن ملاحظته على العميل يحدث فى سياق العلاج (الفصل الرابع)، وهى بمثابة إشارة أو رسالة بالرفض والنفور فى عملية الإرشاد (الفصل الخامس)، وهى، بطريقة ما، علامة على أن العميل ليس متوافقًا معك، وهى بمثابة وسيلة العميل للقول: "انتظر لحظة، أنا لست معك، أنا لا أوافق"، ومهمتك، بصفة عامة، عندما يحدث هذا، هو أن تعيد الحوار لفهم سبب سلوك المقاومة والتنافر فى علاقة الإرشاد والتصدى له. وللقيام بذلك، عليك أن تكون قادرا على الاعتراف بسلوك المقاومة كعلامة، وهو الموضوع الذى تناولناه فى الفصل الخامس. ومن الجدير بالذكر هنا أن المقاومة، مثل حديث التغيير، تتعلق بنوع معين من التغيير، فعلى سبيل المثال، قد يكون عميل ما مقاومًا للتوقف عن الماريجوانا، ولكنه يكون متحفزًا جدًا للتوقف عن الكوكايين.

سلوك المقاومة هو أكثر من مجرد معلومات مثيرة للاهتمام حول عملية الإرشاد، حيث ترتبط المقاومة فى المرحلة المبكرة من العلاج بالتسرب من العلاج، وكلما زادت مقاومة العميل خلال عملية تقديم الإرشاد الوجيزة، قل احتمال حدوث التغيير فى السلوك.

ومع ذلك، تعد استجابات المقاومة لدى العملاء أمرًا طبيعيًا خلال الإرشاد ولا يدعو ظهور هذه الاستجابات للقلق، ففى الحقيقة يرتبط مصطلح المقاومة فى الطب بالجهاز المناعى السليم ويشبه الحديث عن المقاومة والتغيير إشارات المرور التى تقول لك امض قدمًا، استمر ولكن بحذر، أو أبطئ أو توقف عما تفعل. بالإضافة إلى ذلك، لديك أيضًا

وسائل لتغيير هذه الإشارات. فظهور الضوء الأحمر أمر طبيعي ومفيد (إلا إذا كنت متعجلاً جداً)، ولا يمثل هذا الضوء الأحمر مشكلة إلا إذا بقي واستمرت استجابات المقاومة أو تصاعدت بحيث تصبح تمثل نمطًا عامًا للعميل خلال الجلسة أو خلال مسار العلاج.

على الرغم من ذلك، يتأثر ما يحدث بعد ذلك بقدر مهم بنمط تقديمك للإرشاد النفسي. ويعني ذلك أن ما يتسبب في إحداث الفرق والتغيير وما يميز مقابلات الدافعية عن غيرها من المناحي الأخرى هو كيفية استجابتك ورد فعلك لمقاومة العميل. فإذا كانت المقاومة تزداد خلال تقديم الإرشاد، من المحتمل جداً أن يكون ذلك استجابة لشيء ما أنت تفعله.

ينطوي هذا الجدل على افتراض آخر في إطار مقابلة الدافعية: استمرار المقاومة ليست مشكلة العميل، ولكنها مشكلة تتعلق بمهارة المرشد النفسي. ربما تكون هناك مبالغة في هذا الافتراض، فمثلاً، قد يكون بعض العملاء شديدي المقاومة، بغض النظر عن طريقة العلاج المتبعة معهم، فهناك استثناءات لكل قاعدة. بالإضافة لذلك، نحن ندرك أيضًا أن الأفراد عندما يدخلون الإرشاد تكون مستوياتهم الأولية للمقاومة متباينة على نطاق واسع، فبعضهم يدخل العلاج وهو غاضب ودفاعي جدا، وهناك من الأدلة ما يشير إلى أن مقابلات الدافعية يمكن أن تكون ذات فعالية بصفة خاصة مع هؤلاء العملاء[١]. ويبدي العملاء المحولون، من قبل مؤسساتهم، لمقابلات الدافعية مقاومة مبدئية أكبر من العملاء الذين انضموا لهذه المقابلات بناءً على رغبتهم وقرارهم الشخصي[٢]. وعلى الرغم من ذلك، تشير البحوث بوضوح إلى أن مدى "مقاومة" العملاء يتحدد بقوة على أساس نمط الإرشاد وأسلوبه، والدرس المستفاد هنا هو أن المرشدين يستطيعون تغيير أسلوبهم بحيث يقللون (أو يزيدون) من مقاومة العميل، ومن المرغوب فيه تقليل مقاومة العميل، لأن هذا النمط يرتبط بالتغيير طويل الأمد. ويعني هذا أيضا، كما نوقش في الفصل الخامس، أنك تستطيع الحكم على فعاليتك في مقابلة الدافعية، جزئيًا، من خلال استجابات العملاء خلال الإرشاد.

باختصار، تعد استجابتك للمقاومة أمرًا مهمًا جدًا. وسنناقش فى هذا الفصل بعض الطرق العامة التى يمكن استخدامها لتقليل المقاومة من خلال الدوران معها، وقد تكون هذه الأساليب مفيدة فى المرحلة الأولى، أى عند بناء الدافعية للتغيير، وكذلك فى المرحلة الثانية، أى عند تعزيز الالتزام والتفاوض على خطة التغيير (الفصل التاسع). وفى الحقيقة، يعد التعامل الماهر مع المقاومة أمرًا مهمًا طوال عملية الإرشاد.

نقسم وسائل الاستجابة للمقاومة إلى فئتين: تتألف الفئة الأولى من التباينات فى عبارات الإنصات المتمعن: من تمعن بسيط إلى تمعن مضخم إلى تمعن ذى جانبين. وتحتوى الفئة الثانية على خمس استجابات أخرى تتجاوز التمعن وهى: تحويل التركيز وإعادة الصياغة والموافقة مع الانعطاف والتأكيد على الاختيار الشخصى والسيطرة مع الاتفاق.

الاستجابات التمعنية

التمعن البسيط

هناك مبدأ عام جيد يتمثل فى الاستجابة للمقاومة بعدم المقاومة، فقد يؤدى الاعتراف البسيط بالخلاف أو بالمشاعر أو بالتصورات والإدراكات إلى مزيد من الاستكشاف بدلاً من استمرار الدفاع، وبالتالى تجنب الوقوع فى شرك الانحياز إلى أحد الجانبين. سيكفى فى هذه الحالة إنصات متمعن وأحيانًا يتم تحقيق بعض التحول فى التركيز أيضا من خلال التمعن، وإليك بعض الأمثلة على ذلك.

العميل: أنا أحاول! أنا لا أريد سوى أن يغرب مسئول الاختبار عن وجهى ويتركنى وشأنى، سأستطيع حينئذ التركيز فى أمور ترتيب حياتى.

القائم بالمقابلة: أنت تعمل جاهدًا لإتمام التغييرات التى تحتاج إليها.

أو

القائم بالمقابلة: إنه لأمر محبط أن يكون لك أكثر من مراقب يترصد بك.

العميل: من أنت لإعطائى المشورة؟ ماذا تعرف عن المخدرات؟ ربما لم تدخن فى حياتك أبدًا!

القائم بالمقابلة: من الصعب أن أتصور كيف يمكننى فهم ذلك.

أو

القائم بالمقابلة: يبدو أنك غاضب منى جدا.

العميل: أنا فقط لا أريد أخذ الحبوب، يجب أن أكون قادرًا على التعامل مع هذا بطريقتى الخاصة.

القائم بالمقابلة: أنت لا تعتقد أن الدواء سوف يفيد فى حالتك.

أو

القائم بالمقابلة: أنت لا تريد الاعتماد على المخدرات، تبدو لك وكأنها عكاز.

العميل: لم أتمكن من الحفاظ على وزنى حتى لو فقدت بعض الوزن.

القائم بالمقابلة: لا يمكنك إيجاد وسيلة تنجح معك.

أو

القائم بالمقابلة: أنت مثبط بشأن المحاولة مرة أخرى.

التمعن المضخم

إحدى الاستجابات ذات الصلة والمفيدة للغاية هو التمعن فيما قاله العميل بصورة مضخمة أو مبالغ فيها - أى إعادة قوله بطريقة أكثر تطرفًا. فإذا نجحت فى ذلك، فسيشجع هذا العميل على التراجع قليلا وسيثير الجانب الآخر من التناقض. ولابد أن يتم ذلك فى جو من المواجدة لأن أى لهجة ساخرة أو المبالغة الشديدة قد تثير رد فعل عدائيًا أو رد فعل مقاومًا:

العميل: لا يمكننى التوقف عن الشرب، ماذا سيعتقد أصدقائى؟

القائم بالمقابلة: لا يمكنك معالجة رد فعل أصدقائك إذا توقفت عن الشرب.

العميل: أستطيع أن أعتنى بنفسى ولا حاجة لى بأن يتفقدنى والداى دائمًا.

القائم بالمقابلة: إذن فقد تكون أفضل حالاً حقا بدون والديك.

العميل: دائمًا ما تبالغ زوجتى، لم تكن حالتى بهذا السوء أبدًا.

القائم بالمقابلة: يبدو لك أنه ليس هناك سبب يدعوها للقلق.

العميل: على أية حال، لا تثبت هذه الدراسات حول السرطان أى شىء حقًا.

القائم بالمقابلة: يبدو لك أن سرطان الرئة ليس له علاقة فى الحقيقة بالتدخين، وأن هذا النوع من السرطان يحدث قدرًا.

نؤكد مرة أخرى أن مثل هذه التمعنات يجب أن تتم بطريقة توجيهية وبصورة داعمة وحقيقيه، فأى إشارة صوتية من التهكم أو السخرية أو التشكك أو نفاذ الصبر يمكنها أن تجعل بسرعة استجابتك تبدو عدائية، وبالتالى يدفع ذلك العميل لمزيد من المقاومة.

التمعن ذو الوجهين

وثمة منحى آخر، فى مجال الإنصات المتمعن، يتمثل فى السيطرة على كل من جانبى التناقض. فإذا كانت عبارات العميل الأخيرة تظهر فقط الجانب المقاوم من الجدل، يقر التمعن نو الوجهين بما قاله العميل فى عملية الجدل ويضيف إلى ذلك الجانب الآخر من التناقض (وليس رأيك). يتطلب هذا استخدام الآراء والمواد التى عرضها العميل من قبل، ربما ليس فى نفس الجلسة. نشجع هنا مرة أخرى استخدام حرف العطف "و" بدلاً من "لكن" من أجل الحفاظ على التوازن فى التركيز وفيما يلى بعض الأمثلة:

العميل: أعلم أنه منطقى، ولكن لا يبدو أنك تفهم كيف كان الألم شديداً عندما أحاول حتى القيام من فراشى، ناهيك عن ممارسة الرياضة، أشعر بألم فظيع فى ظهرى، يؤلمنى ذلك فى كل الأوقات.

القائم بالمقابلة: أنت تعتقد أن ممارسة الرياضة على المدى الطويل ستساعدك على إقلال الألم الذى تشعر به، وفى نفس الوقت تعانى الكثير جداً عند المشى، وهذا يجعل من الصعب بدء المشى أو حتى التفكير فى الأمر.

العميل: أنا أعرف أن ما تحاول القيام به هو لمساعدتى، ولكنى لن أفعل ذلك!

القائم بالمقابلة: من ناحية، أنت تعلم أن هناك بعض المشاكل الحقيقية أحاول أن أساعدك فيها، ومن ناحية أخرى ما اقترحته عليك غير مقبول لديك.

العميل: انظر، أنا لا أدخن أكثر من معظم أصدقائى. ما المانع من تدخين لفافة بين الحين والآخر؟

القائم بالمقابلة: أستطيع أن أرى كيف أن ذلك يسبب لك ارتباكاً وخلطاً.

لقد قلت لى كيف كنت قلقا بشأن تدخينك للماريجوانا، وكيف يؤثر ذلك عليك، ويبدو أيضاً أنك لا تدخن أكثر من أصدقائك. من الصعب حسم ذلك!

العميل: حسناً، ربما أعانى من بعض مشاكل القمار، ولكننى لست مدمناً للقمار.

القائم بالمقابلة: أنت ترى أن القمار يسبب لك ولعائلتك مشاكل، وأنه من المهم أيضاً ألا يفكر الناس فيك بوصفك مدمناً.

استجابات أخرى للمقاومة غير التمعن

هناك طرق أخرى مفيدة فى الاستجابة للمقاومة، بالإضافة إلى التباينات فى الإنصات المتمعن، وتهدف كلها إلى تقويض نقاط الخلاف وراء هذه المقاومة، وبالتالى التقليل منها.

تحويل بؤرة التركيز

أحد هذه المناحى هو تحويل انتباه العميل بعيداً عما يبدو أنه حجر العثرة فى طريق التقدم، وقد يعنى ذلك الالتفاف حول الحواجز بدلاً من محاولة تسلقها. وقد يكون هذا الالتفاف وسيلة جيدة للمعالجة، أو على الأقل تأجيل التنافر عند مواجهة مشكلة تمثل صعوبة خاصة. ويتمثل الهيكل العام فى هذا التحويل لمحور الاهتمام فى نزع فتيل القلق أولاً، ثم توجيه الاهتمام إلى مشكلة أسهل وأكثر عملية.

العميل: ربما تنوى إعطائى نظاماً للحمية الغذائية للالتزام به، وأن تقول لى إنه لا بد لى من الحصول على بعض من هذه الآلات لممارسة الرياضة أو الذهاب إلى صالة للألعاب الرياضية كل يوم.

القائم بالمقابلة: مهلاً، نحن جالسون وفى بداية اللعبة، وأنا بالفعل قلق بشأن النتيجة النهائية! ولكنى بالتأكيد غير مستعد للقفز إلى أى استنتاجات فى هذه المرحلة. ماذا تريد أن تفعل؟

العميل: حسناً، حيث إن كلانا هنا الآن، أظن أنك سوف تخبرنا من منا المخطئ.

القائم بالمقابلة: هذه ليست القضية على الإطلاق، وأنا لا أريدك أن تقلق بهذا الشأن، فلن يساعد إلقاء اللوم فى حل المشكلة. ومع ذلك، أنا قلق أن هناك بعض الأشياء المؤلمة تدور بينكما، وأن ذلك مؤلم لكليكما وللعلاقة بينكما. حدثنى أكثر حول...

العميل: حسنا، يقول القاضى إنه يتعين علي أن آتى إلى هنا، قل لى ما يجب علي أن أفعله الآن.

القائم بالمقابلة: لا أعرف عنك قدراً كافياً من المعلومات حتى نستطيع البدء حتى فى الحديث حول ما هو المنطقى أن تفعله. ما يجب علينا عمله الآن هو...

إعادة الصياغة

إحدى الاستجابات الأخرى لسلوك المقاومة هى إعادة صياغة ما يقوله العميل، حيث تقر هذه الطريقة بصحة وصلاحية الملاحظات الخام للعميل، ولكنها تقدم معنى أو تفسيرًا جديدًا لها، أى إعادة تشكيل معلومات العميل فى شكل جديد ويُنظر إليها من منظور جديد يرجح أن يكون أكثر فائدة ومساندة للتغيير.

هناك مثال جيد بصفة خاصة لفرصة إعادة الصياغة توفره ظاهرة التحمل الكحولى[1] بين المفرطين فى الشرب، فمن الشائع جدًا قولهم إنهم أقل تأثرًا بالكحول من الآخرين، وأنه يمكنهم شرب كميات كبيرة وخطرة من الناحية الطبية دون الشعور أو إظهار درجة التسمم التى عادة ما تكون متوقعة وتميل هذه القدرة إلى الزيادة عبر حياتهم (على الأقل حتى النقطة التى يصل تلف الكبد فيها إلى حالة متقدمة وتنخفض فيها القدرة على المزيد من التمثيل الغذائى). تصل هذه القدرة، التحمل، إلى نقطة عدم الشعور بمستوى الكحول المرتفع فى مجرى الدم. وقد يتناول الشارب بانتظام كميات كبيرة من الكحول، بما يكفى لإحداث أضرار كبيرة فى الجسم، ولكن لا يشعر أو لا يظهر دليل على التسمم، فهو يفتقر فى الأساس إلى نظام الإنذار الطبيعى الذى يحمى معظم الناس من الإفراط فى الشرب، وهنا، تبرز إذن فرصة لإعادة الصياغة فى أثناء العلاج الطبى أو الإرشاد، حيث يرى الكثير ممن يسرفون فى شرب الخمور أن قدرتهم على "الاحتفاظ بالخمور داخلهم دون ظهورها على مظهرهم الخارجى أو فى صورة أعراض مرضية" إشارة إلى أنهم فى أمان وأكثر قدرة على الشرب دون عواقب أكثر من معظم الناس. والحقيقة هى العكس تمامًا، حيث إن القدرة على تناول المزيد من الكحول دون ظهور أعراض وأضرار السكر والتسمم فى الحال يمثل أحد عوامل الخطورة فى مشاكل الكحول. وفيما يلى مثال موسع لإعادة الصياغة التعليمية.

---

١ Alcohol Tolerance.

القائم بالمقابلة: إذن، لقد لاحظت أنه يمكنك الاستمرار، إذا جاز التعبير، فى تناول الخمور مع الاحتفاظ بها داخل جسمك دون ظهورها على مظهرك. لقد كنت قادراً على خداع الناس بحيث لا يستطيعون معرفة كم من الخمور شربت.

العميل: هذا صحيح. لقد كنت دائماً هكذا.

القائم بالمقابلة: لا أعرف ما إذا كنت على علم بذلك أم لا - العديد من الناس لا يعلمون ذلك - يعد هذا فى الواقع مدعاة للقلق وليس للاطمئنان. ترى الأفراد العاديين يتناولون كأسا أو اثنتين من الكحول، وبعد ذلك يبدءون فى الشعور بتأثير الشرب وتحدث أشياء لهم، إنهم لا يريدون أكثر من ذلك. شىء ما يقول لهم إنهم شربوا ما يكفيهم. فى الناحية الأخرى، هناك آخرون، للأسف، يستطيعون قبول المزيد، لا يمتلكون فى أجسادهم نظم الإنذار هذه، ربما ولدوا بدونها أو وربما فقدوها أو تجاهلوها. أياً كان السبب، فالنتيجة هى أنهم يضرون أنفسهم دون أن يدركوا ذلك..

العميل: ولكن إذا لم أكن أشعر بأى شىء، كيف يمكن أن أكون فى حالة سكر؟

القائم بالمقابلة: تخيل هذا: فجأة تفقد كل إحساس بالألم، لن تشعر مرة أخرى أبداً فى حياتك بأى ألم جسدى. لقد ذهب الإحساس. هل هذا جيد أم سيئ؟

العميل: هذا عظيم!

القائم بالمقابلة: كثير من الناس يعتقدون أن ذلك سيكون رائعًا وهو نعمة باهرة، ولكن إذا فكرت فى ذلك فستجدها فى الحقيقة نقمة، حيث إن ذلك يعرض صحتك وحياتك لخطر كبير. لن تشعر بالتحذير الأول إلا بعد فوات الأوان، مثل من يضع يده على موقد ساخن ولا يدرك مخاطر ما يفعل إلا عندما يشم رائحة الدخان بعد أن تكون يده قد احترقت، تستطيع تقييد قدميك أو إطلاقهما لتذهب حيث تضر نفسك، لأنك لن تدرك ما يحدث. لن تشعر بالآلام التى غالبًا ما تعلن مبكرًا عن الأضرار، مثل تلك الآلام التى تشعر بها كإنذار مبكر لتسوس الأسنان أو المرض، وبحلول الوقت الذى تكتشف فيه المشكلة يمكن أن يكون قد فات الأوان للقيام بأى شىء حيال ذلك. كذلك الذين لديهم

قدرة عالية على تحمل المزيد من الكحول، يشربون كميات كبيرة من الكحول بما يكفى لإلحاق أضرار جسيمة بأجسادهم، ولكن لا يشعرون أو لا يظهر التسمم عليهم، يمكن أن يرى الناس من حولهم ذلك بسهولة، لأنهم لا يبدون فى حالة سكر، إنهم يضرون أنفسهم لأنهم يفتقدون العلامات التحذيرية المعتادة. ما نتحدث عنه "بالقدرة على الاحتفاظ بالخمور دون ظهور الأعراض والأضرار فى الحال" لا ترجع لقدرة جسمك على التخلص من الكحول بسرعة فوق طاقة البشر، فالكحول مازال داخل جسمك يحدث أضراراً به. ما نتحدث عنه هو القدرة على شرب المزيد دون الشعور بأعراض وأضرار السكر وعدم وجود نظام الإنذار هذا، وهذا سبب يدعو للقلق.

يوضح هذا المقطع كيف يمكن لإعادة الصياغة أن تتضمن بعض التعليم المفصل – أى نقل المعلومات الجديدة التى يحتاجها الفرد لفهم حقيقة موقفه برؤية جديدة على ضوء المعلومات الجديدة. ومع ذلك، غالبًا ما تكون إعادة الصياغة أبسط بكثير من ذلك، ويمكن إنجازها من خلال جمل قليلة أو حتى جملة أو اثنتين. فيما يلى المزيد من الأمثلـه:

العميلة: لقد حاولت التغيير مرات عديدة وفشلت.

القائم بالمقابلة: أنت مصممة ومصرة للغاية، حتى فى مواجهة الإحباط، هذا التغيير بالتأكيد مهم حقًا بالنسبة لك.

العميلة: دائمًا ما يزعجنى زوجى ويلح علي لكى أتناول الدواء، فهو دائمًا ما يذكرنى بتناول الأنسولين وأن أعتنى بما أتناول من طعام.

القائم بالمقابلة: يبدو أنه يهتم بك حقًا ويشعر بالقلق عليك. أعتقد أنه يعبر عن ذلك بطريقة تغضبك، وربما يمكننا مساعدته على تعلم أن يقول لك بشكل أفضل إنه يحبك وقلق عليك.

العميلة: حاولت الإقلاع عن التدخين ثلاث مرات حتى الآن، وفشلت فى كل مرة، أعتقد أننى لا أستطيع فعل ذلك.

القائم بالمقابلة: ما يدهشنى هو أنك حاولت ثلاث مرات بالفعل. هل تتذكرين عجلة التغيير التى كنا نتحدث عنها؟ فى كل مرة تقومين بمحاولة جيدة، تقتربين أكثر من التخلى عن عجلة القيادة. فى الحقيقة.

متوسط عدد المحاولات قبل الإقلاع هو أربع، لذلك لا تتخلى عن المحاولة الآن!

القبول مع الانعطاف

هناك طريقة مماثلة للالتفاف حول المقاومة من خلال إظهار الموافقة المبدئية، ولكن مع تحريف أو تغيير طفيف فى الاتجاه. يحافظ هذا الأسلوب على الشعور بالتناغم بينك وبين العميل، فى حين يسمح لك بمواصلة التأثير فى الاتجاه والقوة الدافعة للتغيير. ويمثل هذا المنحى تمعنًا تليه إعادة صياغة:

العميلة: لا أحد يستطيع أن يقول لى كيف أربى أطفالى. أنت لا تعيش معى فى البيت ولا تعرف كيف تسير الأمور.

القائم بالمقابلة: فى الحقيقة الأمر حقا متروك لك كيفما تريد أن تربى أطفالك، وماذا يتعلمون. أنت أفضل من يعرف الأفكار التى من الأرجح أن تنجح معهم، وتلك التى لا تنجح، وأنا لا أستطيع أن أفرض عليك شيئًا، عليك أن تكون شريكا كاملاً فى هذه العملية.

العميل: لماذا أنت وزوجتى تتحالفان ضدى لتفسدا مزاجى؟ ماذا عن كل مشاكلها؟ ستنفجر أيضًا إذا كانت عائلتك تزعجك طوال الوقت.

القائم بالمقابلة: هذه نقطة جيدة، وهذا أمر مهم، الصورة أكبر هنا، وربما لم أهتم بذلك كفاية. الصراع ليس ببساطة مشكلة شخص واحد وأتفق معك أنها ليست مسألة إلقاء اللوم، حيث تؤثر مشاكل المزاج على العائلة بأسرها. أعتقد أنك على حق تماماً.

العميل: ربما تنوى إعطائى نظاماً للحمية الغذائية للالتزام بها، وتقول لى إنه لا بد من الحصول على بعض من هذه الآلات لممارسة الرياضة أو الذهاب إلى صالة للألعاب الرياضية كل يوم، هذا النوع من النصائح يشعرنى بالإحباط.

القائم بالمقابلة: إذا كنت سأخبرك بكل ما ينبغى عليك القيام به، ستبتعد أكثر من ذلك وهذا مدعاة للسخرية، أليس كذلك؟ عندما تشعر بأن عليك أن تفعل شيئًا، يمنعك ذلك فى الواقع من فعل ما تريد أن تفعله.

التأكيد على الاختيار والتحكم الشخصى

تنشأ المقاومة أحيانًا من ظاهرة رد الفعل(٣) النفسى[١]، فعندما يدرك الأفراد أن حريتهم فى الاختيار مهددة يميلون إلى رد فعل مؤكد لهذه الحرية (على سبيل المثال، "سأريك، لا أحد يملى علي ماذا أفعل!"). فهو رد فعل شائع وطبيعى عند الشعور بالتهديد بفقد الاختيار، وقد يكون أفضل ترياق لرد الفعل هذا هو التأكيد للشخص الحقيقة التى لا شك فيها: فى النهاية، العميل هو الذى يقرر ما يحدث. يمكن لهذا النوع من التأكيدات المبكرة أن تقلل المقاومة، وإليك بعض الأمثلة على ذلك:

العميل: لماذا أعطيتنى هذا الكتيب؟ هل تقصد أن تقول لى إنه لا بد لى من استخدام الواقى الذكرى؟

القائم بالمقابلة: إنها مجرد معلومات، ما تفعله متروك لك تماماً. وبطبيعة الحال، لا أحد يمكنه أن يجعلك تستخدم الواقى الذكرى.

العميل: أنا لا أحب فكرة تناول دواء لضغط الدم، سمعت أنه يمكن أن يكون له بعض الآثار الجانبية السيئة.

١ Psychological reactance.

القائم بالمقابلة: إنه فى الحقيقة قرارك، كل ما يمكننى القيام به هو أن أقول لك مزاياه وعيوبه بالنسبة لك، وأعطيك رأيى. إذا ما قررت ألا تأخذه، فلا تأخذه إذن، أما إذا كنت تريده فهو متاح، والأمر متروك لك.

العميل: ماذا لو قلت لك إننى أحب التدخين ولا أريد الإقلاع عنه؟

القائم بالمقابلة: أنت حر، والأمر متروك لاختيارك، لا أستطيع أن أقرر لك حتى لو أردت ذلك.

العميل: قال لى القاضى بأننى ينبغى أن آتى إلى هنا، ليس لى أى اختيار فى هذا الموضوع.

القائم بالمقابلة: فى الحقيقة لديك الاختيار بعدة وسائل. لقد اخترت المجيء إلى هنا، بدلا من المخاطرة مع القاضى. أيضاً، إذا وجدت أنك لا تريد أن تأتى إلى هنا، يمكننى العمل معك ومع المحكمة لإيجاد برنامج مختلف لك قد تفضله عن هذا البرنامج.

اتخاذ جانب العميل[1]

إذا كان اتخاذ أحد جانبى الجدل يتسبب فى أن يقوم العميل المتناقض بالدفاع عن الجانب الآخر، ينبغى حينئذ أن يتم العمل فى كلا جانبى العملية. فعندما يدافع المرشد عن التغيير، يجادل العميل المتناقض ضد التغيير، ولكن ماذا يحدث إذا كان المرشد يدافع عن الجانب الآخر، أى الجانب المضاد للتغيير؟ لقد كُتب الكثير عن هذا كاستراتيجية عامة فى العلاج النفسى. وتسمى التباينات حول هذا الموضوع "علم النفس العكسى"[2] و"المفارقة العلاجية"[3](4)، وهى تستخدم ضمن استراتيجية

١ Coming alongside.

٢ Reverse psychology.

٣ Therapeutic paradox.

العلاج الأسرى لوضع العميل فى وضع يمكنه من معارضة أو مقاومة المرشد مما يجلب نتائج بالتحرك فى الاتجاه المطلوب. يتمثل التباين المألوف التالى فى "الحل بالدعوة لاستمرار المشكلة". إذا ما لاقت كل جهود التغيير المعارضة، يوصى المرشد بأنه ينبغى على العميل الاستمرار على نفس المنوال السابق بدون تغيير أو حتى زيادة السلوك المشكل. لا يتم هذا بطريقة غاضبة تنم عن "لقد استسلمت"، ولكن يتم فى الأغلب فى هدوء وبطريقة مخلصة وحقيقية. وقد يتم تقديم مبررات تفصيلية لعدم وجوب تغيير العميل.

مع أن هذا الأسلوب يتوافق جيداً مع نموذج التناقض المبين فى الفصول السابقة، نعترف ببعض الانزعاج الحقيقى فى الطرق التى يتم بها فى بعض الأحيان وصف هذه "المفارقة العلاجية". غالبا ما تكمن المفارقة فى خداع الناس بأنها تجعلهم يقومون بأشياء خاصة لصالحهم، ولكن دون أن يدركوا ذلك. فى بعض الكتابات عن المفارقة، يستشعر المرء تقريبًا بالغبطة فى إيجاد طرق مبتكرة للاحتيال على الناس بدون إدراكهم لما يحدث. تفتقر هذه المهارة لنبرة الاحترام والتعاون التى نرى أنها أساسية للعملية الجدلية للمقابلات الدافعية. لا نقصد بذلك القول إن مقابلات الدافعية ذات قيمة محايدة أو خالية من مخاوف التلاعب. وقد كرسنا الفصل الثانى عشر للنظر فى مثل هذه القضايا الأخلاقية.

ما هو إذن دور أسلوب اتخاذ جانب؟ بينما تمثل هذه العملية، من ناحية، حالة خاصة من تضخيم التمعن، تمثل من ناحية أخرى امتداداً مباشراً صريحًا للنموذج المفاهيمى التصورى للتناقض الوجدانى الذى تناولناه فى الفصول من الثانى إلى الخامس. مقابلات الدافعية، هى فى الأساس، حوار حول التناقض الوجدانى داخل العميل، حيث يستكشف القائم بالمقابلة كلا الجانبين وفقا لطبيعة التناقض، وعندما يطرح المرشد جانبًا واحداً فقط من الجدل يميل العميل إلى استكشاف الجانب الآخر. ووفقا لمبادئ نظرية الإدراك الذاتى[1] (٥)، من المهم أن يضع المرشد فى اعتباره هذه العملية،

---

١ Self - perception theory.

وذلك لأن العـمـيل الذى يُحـفـز للدفـاع عن جـانب واحـد من الحـوار يمكن أن يتـأثر (بقصد أو عن غير قصد) للتحرك فى هذا الاتجاه.

يترتب على معرفه ذلك، أن الوقوف إلى جانب المنظور العكسى يمكن أن يستخرج حديث التغيير من العميل. نسلم، من خلال ذلك، بأنه ليس هناك شىء أكثر وضوحًا من هذه السمة اللغوية للتناقض؛ نحن لا نتصور المقاومة كاستراتيجية أو دفاع من جانب العميل، وبالتالى ابتعدنا عن مفهوم مباراة الشطرنج فى التناقض والمفارقة كتفوق ذكاء استراتيجى مضاد. الموافقة مع جدل العميل ضد التغيير هو مجرد وسيلة لنزع فتيل الجدل واستثارة حديث التغيير. هناك اختبار واضح وفورى لما إذا كانت هذه الاستجابة لها التأثير المطلوب: أى هل يقلل ذلك من المقاومة ويحفز حديث التغيير؟

العميل: لا أعتقد أن ذلك سينجح أيضًا، أشعر باليأس.

القائم بالمقابلة: من المؤكد بعد محاولة أخرى لن تكون فى وضع أفضل، ولذا قد يكون من الأفضل عدم المحاولة على الإطلاق. قل لى إلى ماذا تميل؟

العميل: هذا هو الموضوع المهم حقًا. قد أشرب الكثير فى بعض الأحيان ولا أحب الخروج مع الأصدقاء، ولكن لا أعتقد أن الأمر يستحق الكثير من القلق حقًا.

القائم بالمقابلة: قد يستحق الأمر الاستمرار فى الشرب كما أنت، حتى وإن كان يسبب هذا بعض المشاكل، إلا أنه جدير بتحمل تكلفته.

العميل: لست متأكدًا ما إذا كنت أريد أن أنفذ هذا البرنامج أم لا، يبدو أنه يستغرق الكثير من الوقت.

القائم بالمقابلة: هذا أمر يشغلنى، فبرنامج كهذا يتطلب بالفعل الكثير من الدافع والجهد. نحن لا نريد حقًا أن نبدأ العمل مع شخص ما حتى نتأكد أنه جاد فى رغبته فى التغيير، وبصراحة أنا لست متأكدًا كم أنت مستعد للتغيير. عندما أستمع إليك، لا أشعر بالاقتناع بأنك متحفز بدرجة كافية للاستمرار.

لا يوجد أى سبب لإخفاء جوهر هذا الحوار عن العميل. اتساقًا مع مثال استكشاف أحد جانبى الازدواجية والتناقض، (الفصل السابع)، يمكننا إجراء مناقشة مباشرة يدافع فيها العميل عن الحاجة للتغيير، ويتخذ المرشد فى هذه الحالة، ببساطة، الجانب المعاكس من الجدل:

"الشيء الوحيد الذى أجده مفيدا هو توضيح الأسباب الحقيقية للتغيير. سمعت منك بعض الأسباب تجعلك محجمًا ومترددًا فى التفكير فى إجراء التغيير، والآن لدي اقتراح. أريد أن نتناظر معا قليلا. سوف أدافع عن موقف أنك لا تعانى من أى مشاكل حقًا ولست بحاجة إلى التغيير، وأريدك أن تقوم بكل ما فى وسعك لإقناعى بخلاف ذلك. هل تفهم؟ سأتقمص دورك وأجادل بكل الحجج الممكنة لإثبات أننى لا أحتاج إلى التغيير، ومهمتك هى أن تقنعنى أن هناك مشكلة حقا يتعين علي بحثها وأن أفعل شيئًا حيالها، موافق"؟

يحتاج العملاء أحيانًا لتشجيع إضافى للوصول معه إلى حوار من هذا النوع. اجعل العميل يتحدث بصيغة "أنت"، فى حين تتحدث أنت المرشد بصيغة "أنا" وتحدث بنفس حديث العميل السابق المضاد للتغيير. فيما يلى مثال لما قد يحدث:

القائم بالمقابلة: انظر، أنا لا أرى أهمية أو فائدة لهذا القفز صعوداً وهبوطًا فى التمارين الرياضية. أفضل بدلاً من ذلك الاسترخاء عندما يكون لدي الوقت، وهذا أمر جيد لصحتى أيضا.

العميل: حسنا، لقد زاد وزنى...

القائم بالمقابلة (مقاطعًا): آسف. استخدم "أنت" بدلا من "أنا" عندما تتحدث معى. حاول مرة أخرى.

العميل: حسنًا، لقد زاد وزنك قليلاً خلال الأعوام القليلة الماضية، والاسترخاء لن يساعدك فى ذلك.

القائم بالمقابلة: وزنى ليس كبيرًا إلى هذه الحد، حقا، أشعر أننى بحالة جيدة جدًا.

العميل: ولكن تذكر أن الطبيب قال لك إن ضغط دمك مرتفع، ولا توجد فى الحقيقة أية أعراض لارتفاع ضغط الدم. [خارج الدور]: هل أبلى حسنًا؟

القائم بالمقابلة: [وقد خرج عن دوره]. هـذا عظيم. لا تكن متساهلا معى هكـذا، لا تدعنى أفلت بفعل ما أريد. (فى الدور)، أنت تعيش مرة واحـدة فقط على أية حال. إلى جانب ذلك، لقد سمعت أن التمارين الرياضية لا تجعـلك حقًا تعيش أطـول... إنها فقط تجعل الأمر يبدو وكأنه كذلك.

العميل: هذا هراء! أنت أعلم أنك تشعر على نحو أفضل عندما لا تكون بدينا جداً، كما أن الحصول على بعض الهواء النقي سوف يكون جيدا بالنسبة لك.

مع مرور الوقت، يسمح المرشد للعميل بإقناعه بأن هناك سببًا يدعو للقلق والتغيير. لا يناسب هـذا الأسلوب كل العمـلاء، ولكنه يمكن أن يكون جذابًا، بل ومسليا لإخـراج التناقض وفحصه. كذلك يمكن لهـذا الأسلوب أن يثير، فى نفس الوقت، الكثير من حديث العميل حول التغيير حيث يقوم بالدفاع عن الحاجة إلى التغيير.

دراما التغيير[1]

المقاومة هى مفتاح أساسى لنجاح العلاج إذا كنت تستطيع الاعتراف بها كما هى عليه: أى بصفتها فرصة. قد يمارس العميل التعبير عن المقاومة تمرينًا لسيناريو لعبه عدة مرات من قبل. هناك دور متوقع.

لك لتلعبه – وهو الدور الذى لعبه آخرون من قبل فى الماضى، إذا كان من الممكن التنبؤ بسياساتك، أى أنك تتحدث بنفس أسلوب الآخرين قبلك، سيصل السيناريو إلى نفس النتيجة كما كان من قبل.

١ The drama of change.

ولكن يمكنك إعادة كتابة دورك بنفسك. دورك فى المسرحية ليس فى حاجة لأن يكون خطًا جافًا يتوقعه العميل ويستطيع التنبؤ به. بطريقة ما، يشبه الإرشاد عملية الارتجال على المسرح. لا يتم إدارة جلستين بنفس الطريقة بالضبط. إذا ما غير أحد الممثلين فى الدور، اتخذت القصة اتجاهًا جديدًا.

المقاومة هى فى كثير من الأحيان ما يعطى للمسرحية الحيوية، فهى بمثابة التطور الذى يضيف دراما وإثارة للقصة والحبكه الفنية. رؤية المقاومة عيب فى الشخصية خطأ يبعث على الحزن. حيث تكمن المقاومة فى صميم التغيير الإنسانى، فهى تنشأ من دوافع وصراعات الممثل، وهى تنذر بنهايات معينة قد تؤدى أو لا تؤدى إليها المسرحية. يتم اختبار اللمسة الفنية الحقيقية لدى المرشد من خلال مدى اعترافه بالمقاومة وبكيفية تعامله معها. تبدأ دراما التغيير فى الإعلان عن نفسها فى هذه المرحلة.

الهوامش

(1) Project MATCH Research Group (1997b).

(2) Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, and Forgatch (1984).

(3) Brehm and Brehm (1981).

(4) For example, Frankl (1963), Haley (1963), and Stanton, Todd, and Associates (1982).

(5) Bem (1967, 1972).

الفصل التاسع

زيادة الثقة

الأشياء لا تتغير، نحن نتغير

- Henery David Thoreau, Walden

يدور كثير من المناقشة السابقة حول زيادة الأهمية المدركة للتغيير فى المواقف التى يكون فيها العميل متناقضًا وجدانيًا حول رغبته فى التغيير. ومع ذلك، كما أشرنا فى الفصل الأول، تعد الأهمية واحداً فقط من المكونات الثلاثة اللغوية الطبيعية للدافعية للتغيير وهى؛ "الإرادة" و"الاستعداد" و"القدرة". حيث يمكن أن يرغب الشخص بقوة فى التغيير (لديه إرادة) غير أنه يدرك أن التغيير بعيد المنال. و"الثقة" هى المصطلح الذى نستخدمه لوصف مدى ما يشعر به الشخص من قدرة على التغيير.

وبشكل عام، لا يكون الأفراد على استعداد للتغيير حتى يدركوا أنهم يرغبون فيه (الأهمية) وأنهم قادرون على عمله (الثقة)، نحب أن نعزف كونشرتو جريج Grieg للبيانو ونرغب فى عمل ذلك، لكننا تنقصنا القدرة على عمل ذلك. لذلك تعد كل من الأهمية والثقة من قضايا المرحلة الأولى ويمكن أن يتفاعلا بأشكال معقدة. فأحيانًا ما يتردد الأفراد فى النظر لأهمية التغيير إذا رأوا عدم إمكانية حدوثه، فإذا كان التغيير بعيد المنال، فما الهدف حتى من مجرد التفكير فيه؟ ومع ذلك، غالبًا ما يبدو أن ما يحدث العكس، حيث تزداد الأهمية أولاً ثم يبدأ الشخص فى البحث عن سبل يمكن من

خلالها إنجاز التغيير. فى أى حدث نحتاج إلى الأهمية والثقة بقدر كافٍ قبل تنفيذ خطة التغيير (المرحلة الثانية).

باستخدام هذين المفهومين فقط – الأهمية والثقة – يمكننا تخيل أسباب عديدة لانخفاض الدافعية للتغيير، كما ناقشنا فى الفصل السادس (نوقشت القضية الثالثة، الاستعداد، فى الفصل العاشر)، لأن المرء ربما "لا تكون لديه الدافعية"؛ لأن

الأهمية منخفضة والثقة مرتفعة؛

الأهمية مرتفعة والثقة منخفضة؛

الأهمية والثقة كلاهما منخفضتان.

عندما تكون الأهمية منخفضة (سواء مع ثقة مرتفعة أو منخفضة)، نوصى عامةً بالعمل أولاً على زيادة الأهمية المدركة للتغيير من خلال تنمية التباين، وإذا كان انخفاض الثقة يمثل عائقًا أمام زيادة الأهمية، فإن هذا سيظهر بسرعة.

ماذا عن الموقف الذى تكون فيه الأهمية مرتفعة – حيث يريد الشخص التغيير – ولكن الثقة منخفضة؟ كيف يمكن تطبيق مقابلة الدافعية إذن؟ هذا هو محور ارتكاز هذا الفصل: زيادة الثقة للتغيير. وبالطبع يمكن استخدام الطرق الموصوفة هنا أيضًا عندما تكون الأهمية والثقة كلتاهما منخفضتين. تعالج الثقة مرة أخرى بوصفها مشكلة تناقض وجدانى، فمن غير المرجح أن يشعر الشخص بعدم القدرة كليًا على التغيير، حيث يوجد داخل الشخص حجج حول ثقته فى لماذا يمكنه التغيير وأيضًا لماذا لا يمكنه ذلك، ويسعى منحى مقابلة الدافعية لاستثارة الحجج الأولى (لماذا يمكنه التغيير) وتقويتها.

نقدم مزيداً من التوضيح هنا؛ توجه المناقشة فى هذا الفصل نحو مشكلة انخفاض الكفاءة الذاتية وليس إلى مشكلات الثقة الأكثر عمومية مثل الاكتئاب وتقدير الذات المنخفض والعجز المكتسب. ولا تعد الوسائل الموصوفة هنا علاجات لمشكلات الثقة الأعرض التى تتوفر لها مناحٍ علاجية فعالة أخرى.

شرك الثقة

تمامًا كما أن هناك شركًا يمكن تجنبها فى بداية مقابلة الدافعية لزيادة أهمية التغيير، هناك أيضًا بعض الشرك التى يمكن تجنبها فى بناء الثقة.

"سأتولى الأمر الآن، شكرًا"

يوجد إغراء واحد لترك منحى الدافعية بمجرد ما يبدو الشخص مدركًا لأهمية التغيير هو "مسألة الدافعية أصبحت خلفنا الآن، ويمكننا بالتالى البدء فى إرشاد فعلى". منحى بناء الدافعية الذى نشير إليه هنا يتفق مع أسلوب زيادة الأهمية الذى وصفناه مبكرًا ويتفق مع مقابلة الدافعية بشكل عام، فهو يبقى ذا روح تعاونية ليستحث موارد الشخص الذاتية، وهو يظل تأمليًا واختياريًا أكثر منه إلزاميًا. وبالتالى، الشرك الأول هو أن نقابل ثقة منخفضة مع روشتة علاج "هناك كيف تفعل ذلك"، حيث ينطوى الوقوع فى هذا الشرك على تحمل مسئولية جانب "أستطيع" من حوار الثقة وحمل الشخص على الدفاع عن جانب "لا أستطيع". وذلك لا يعنى أن تقول إن المرشد يحجب الأفكار، فقط لا تعد الوصفة الطبية الخطوة الأول للاستجابة.

"هناك، هناك، ستكون بخير"

شرك آخر محتمل هو عدم التعامل مع مشكلة الثقة بما يكفى من الجدية، فمن غير المحتمل أن يتعامل التأكيد السطحى "أنا متأكد أنك تستطيع عمل ذلك" مع النقص الحقيقى فى الكفاءة الذاتية، وهو أيضًا شكل آخر من أشكال اتخاذ جانب "الاستطاعة" من الجدال والدعوة إلى صراع "لا أستطيع فى مقابل أستطيع أنا أيضًا".

المشاركة فى الكآبة[1]

ما زال هناك شرك يمكن الوقوع فيه وهو مشاركة العميل إدراكه العجز واليأس، فالأمر يحتاج واحدًا فى الغرفة على الأقل يكون متفائلاً ومهتمًا بحل المشكلة بدلاً من اليأس. وبالطبع، هناك أمور لا يمكن أصلاً حلها، فنحن ندافع عن تفاؤل وهمى، ومع ذلك، غالبًا ما تكون بعض أشكال التغيير معقولة ولا يحتاج العملاء غير القدرة على استعارة الأمل من المرشد حتى يكون لديهم أملهم الخاص(١). ثق أن العميل لديه موارد داخلية وإبداعية تجعله يبدأ التغيير.

استثارة حديث التغيير وتقويته

الأسئلة التحفيزية[2]

واحد من فئات التغيير الموصوفة فى الفصل الثالث هو التفاؤل المتعلق بالقدرة على التغيير - بعبارة أخرى، الكفاءة الذاتية. ويعد حديث الثقة أحد أنواع حديث التغيير الذى يتسق مع أسلوب مقابلة الدافعية، وهو واحد من المناحى التى تهدف إلى استثارة أفكار الشخص الذاتية وخبراته وإدركاته التى تتسق مع قدرته على التغيير، مثل استخدام الأسئلة المفتوحة لحفز حديث الثقة:

"ماذا ستفعل فيما يتعلق بعمل هذا التغيير؟"

"ما الذى ستفعله ليكون خطوة أولى موفقة؟"

"ما العقبات التى تتوقعها، وكيف ستتعامل معها؟"

"ما الذى يعطيك بعض الثقة أنك تستطيع عمل ذلك؟"

١ Gloom a Deux.

٢ Evocative questions.

مقياس الثقة

يمكن استخدام المقياس الذى قدمناه فى الفصل السادس بطريقة مشابهة لاستثارة حديث الثقة.

ما مدى ثقتك فى قدرتك على ________؟ على مقياس من صفر إلى عشرة، حيث يعنى الصفر عدم وجود ثقة على الإطلاق وتشير العشرة إلى الثقة المطلقة فأين يمكن أن تكون مستوى ثقتك على المقياس؟"

٠	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
غير مهم إطلاقًا										واثق تمامًا

وتستخدم نفس أسئلة المتابعة التى استخدمت فى الفصل السادس لاستثارة رؤى العميل للثقة:

"لماذا درجتك عند ________ وليس الصفر؟"

"ماذا سيتطلب منك الأمر لتنتقل من ________ إلى [رقم أعلى]؟"

ستكون إجابات هذه الأسئلة هى حديث الثقة، وكما أشرنا من قبل تذكر ألا تعكس الأسئلة وتسأل "لماذا أنت عند درجة ________ وليس العشرة؟"

مراجعة النجاحات السابقة

مصدر آخر يمكن الاستفادة منه لزيادة الثقة هو مرات نجاح العميل السابقة.

"متى أصررت فى حياتك على عمل شىء ما وقمت به فعلاً؟ ربما يكون تعلم شىء ما أو عادة تقلع عنها أو بعض التغيير الدال قمت به فى حياتك، فمتى فعلت شيئًا من هذا القبيل؟"

ما تبحث عنه هو التغييرات التى قام بها العميل بمبادرته الذاتية (ولم يكن مجبراً على ذلك)، لاسيما هذه التغييرات التى بدا أنه سعيد بها، ابحث عن عديد من الأمثلة ("ومتى أيضًا") ثم استكشفها بشىء من العمق. ما الذى فعله العميل فيما قام به من تغيير؟ هل كان هناك تجهيز معين للتغيير؟ أنت تبحث بشكل خاص عن مهارات شخصية أو مواطن قوى ربما تعمم أو تطبق فى الموقف الراهن، فبدلاً من مجرد السؤال "أخبرنى كيف فعلت ذلك"، من المفيد أن تأخذ العميل عبر بعض تفاصيل التغيير الذى حدث وكيف تم ذلك. ماذا فعل الشخص ليبادر بالتغيير ويحافظ عليه؟ ما العوائق التى كان يواجهها هناك، وكيف تغلب عليها؟ اسأل عن إلام يرجع العميل نجاحه السابق هذا. واستكشف ماذا يعنى ذلك فيما يتعلق بموارده ومهاراته ومواطن قوته. تذكر أنك تريد أن يقدم العميل حججًا لزيادة الثقة وليس أنت.

القوى الشخصية والمساندات

الطريقة الأخرى لحديث الثقة هى السؤال عن مزيد من القوى والموارد الشخصية العامة التى ربما تكون مفيدة فى عمل التغيير المرغوب؛ الذى تبحث عنه هنا هو الخصائص الشخصية الإيجابية التى تعد، من منظور نسبى، سمات داخلية ثابتة.

"ماذا هناك عنك، ما نقاط القوة لديك التى يمكن أن تساعدك على النجاح فى عمل التغيير؟"

أحيانًا يكون من المفيد إمداد العميل بقائمة من الخصائص الإيجابية التى من الممكن أن تساعد الأفراد فى عمل التغيير. إحدى هذه القوائم معروضة فى الشكل [٩-١] حيث يمكن لأى شخص أن يحدد فيها على الأقل قليلاً من عوامل القوة الشخصية لديه[٢].

- عندما يحدد العميل قوته الشخصية اسأل عن التفاصيل؛ بأى المعانى تعد هذه خاصية من خصائصه. اسأل عن مثال واتبعه بإنصات متمعن.

يمكن أن يكون مفيداً أيضًا هنا استكشاف موارد الدعم الاجتماعى لدى العميل ليتتبع التغيير؛ هل هناك آخرون يمكن أن يتصل بهم للمساندة؟ وبأى الطرق؟ وماذا أيضًا يمكن أن يساعده على التغيير؟

إطار [٩-١] بعض خصائص المغيرين الناجحين				
متقبل	ملتزم	مرن	مواظب	عنيد
نشيط	كفء	مركز	مثابر	شكور
متكيف	منشغل	متسامح	إيجابى	شامل
مغامر	واثق	ينظر للأمام	قوى	مفكر
حنون	مراعٍ	حر	مصلٍ	صلب
مؤكد	شجاع	سعيد	سريع	يثق
حذر	مبدع	صحى	متعقل	جدير بالثقة
حى	حازم	آمل	مستقبل	صادق
طموح	يكرس نفسه	خيالى	مسترخٍ	متفهم
ثابت	محدد	بارع	يمكن الاعتماد عليه	فريد
مؤكد لذاته	متشدد	ذكى	ذو حيلة	متجدد
مضمون	مجتهد	عارف	مسئول	نشيط
متيقظ	فاعل	محب	حساس	صاحب رؤية
مقدام	متحمس	ناضج	ماهر	كلى
شجاع	جاد	متفتح	صلب	لديه إرادة
مشرق	فعال	متفائل	روحانى	جذاب
قادر	نشط	منظم	مستقر	حكيم
حذر	خبير	منظم	ثابت	يستحق التقدير
مرح	مؤمن	صبور	مستقيم	غيور
ماهر	جرىء	مدرك	قوى	مرح

العصف الذهنى[1]

هناك منحى تقليدى لحل المشكلات وهو العصف الذهنى، الذى يتضمن توليداً حراً لكثير من الأفكار قدر الإمكان حول كيف يمكن إنجاز التغيير. ويتم توليد قائمة الأفكار بدون نقد - حيث تكون كل الأفكار مقبولة ولا يهم ما إذا كانت تبدو سخيفة أو غير واقعية، فالهدف هو استثارة التفكير الافتراقى الإبداعى حول كيف يمكن إنجاز التغيير، ولا بأس من اقتراح أفكار هنا، ولكن فى الغالب لابد أن تعتمد على إبداع العميل لتوليد الاحتمالات، واكتب هذه الأفكار.

بمجرد أن يتم عمل القائمة، اسأل العميل أى الأفكار فى القائمة تبدو واعدة أو مقبولة أكثر ولماذا، ولا تنس أنه خلال كل هذه الطرق هناك موضوع عام هو استثارة حديث الثقة من خلال العميل ودعمه. داخل سياق مقابلة الدافعية يعد العصف الذهنى طريقة لا لتوليد الأفكار فقط بل لاستثارة حديث الثقة أيضاً.

تقديم المعلومات والمشورة

ليس بالضرورة، طبعاً، أن يكون لدى العميل كل هذه الأفكار، فمن المناسب تماماً أن نمد العميل بالمعلومات والمشورة التى يمكن أن تفيده فى دعم الثقة وتكمن الخطورة فى اتخاذ جانب التغيير: أنت تدافع عن حل التغيير، والعميل يشرح لماذا لن ينجح هذا الحل.

نناقش هذه المسألة بمزيد من التفصيل فى الفصل العاشر، والمنحى الأساسى هو تقديم المعلومة والمشورة للعميل داخل سياق متسق مع مقابلة الدافعية حين تكون لدى العميل رغبة فى ذلك ويشعر بحرية أن يأخذ ذلك أو يتركه، وأحد مثل هذه السياقات عندما يسألك العميل عن معلوماتك، ومن الممكن أيضاً أن تستأذن العميل فى تقديم معلومة أو مشورة ربما تكون مفيدة له. نعرض الطرق المحددة لعمل هذا الأمر فى الفصل العاشر.

---

1 Brainstorming.

إعادة الصياغة[1]

أحيانًا ما يقع الشخص فى تبرير الفشل وهنا يمكن أن تكون عملية إعادة الصياغة أو إعادة العزو[2] مفيدة. والعبارة العامة هى "لقد حاولت فى أوقات كثيرة وفشلت فى كل وقت"، والطريقة العامة هنا هى إعادة صياغة "الفشل" بطريقة تشجع على مزيد من محاولات التغيير بدلاً من إعاقتها.

يعد مفهوم "المحاولة" مفيداً هنا، فغالبًا ما سيستخدم العميل المحاولة (كما فى السابق) فى وصف مبررات الفشل المدرك، وهى خطوة قصيرة لإعادة صياغة "مرات الفشل" بوصفها "محاولات". لا نحتاج إلى اللجوء للعبارات التافهة ("إذا كنت لم تنجح فى البداية، حاول، حاول مرة أخرى") لمناقشة ما فعله العميل فى الماضى بوصفه محاولات ناجحة صوب الهدف. بعض المعرفة ببحوث التغيير قد تكون مفيدة هنا، فمثلاً عادةً لا ينجح المعتمدون على النيكوتين فى الإقلاع فى المحاولة الأولى، ويتطلب الأمر، فى المتوسط، ما بين ثلاث إلى أربع محاولات جادة قبل أن يفلت المدخن بشكل دائم من قبضة الاعتماد على النيكوتين. بينما يبدو "الفشل" كأمر مخزٍ تبدو "المحاولة" كأمر جدير بالتقدير، فإذا حاول المرء مرات عديدة بدون نجاح، ربما يعنى ذلك أنه لم يجرب المنحى الصحيح فحسب، وحتى نفس المنحى يمكن أن ينجح إذا تم تجربته مرة أخرى. "حاول مرة أخرى لاحقًا" هى الرسالة التى يتلقاها المرء عندما يحاول الدخول فى خدمة على الشبكة الإلكترونية إذا لم يكن الخط متاحًا. ويثابر المقامرون بشكل سيئ على تجربة حظهم، وتكون المحاولة خطوة روتينية وضرورية نحو الفوز ونحو التغيير الناجح.

يمكن لصياغات بديلة أخرى أن تيسر الثقة، فتفسيرات "الفشل" كونه بسبب عوامل داخلية ثابتة (مثل عدم القدرة: "لا أستطيع عمل ذلك") يمكن إعادة عزوها إلى

---

١ Reframing.

٢ Reattribution.

عوامل خارجية غير ثابته مثل الجهد والحظ: "لم يكن التوقيت صحيحًا" أو "لم أفعل ذلك بعد" أو "لم أكن مستعدًا تمامًا" أو "لم أكن محظوظًا ذلك الوقت" أو "لم أحاول بقدر كافٍ من الجدية أو لقدر كافٍ من الوقت"، تعلم الدرس من المقامر: ربما تكون المرة القادمة لى.

التغيير الافتراضى[1]

إذا كان الشخص يكافح ضد تفاصيل عملية فربما يكون من المفيد أن يقفز إلى فضاء افتراضى ليفكر بشكل افتراضى، فالصيغة الافتراضية مفيدة هنا:

"افترض أنك نجحت وتنظر لهذا النجاح الآن: ما الذى سبب هذا النجاح فى رأيك؟ وكيف حدث؟"

"افترض أن هناك عقبة كبيرة كانت هناك، فإذا أزيلت هذه العقبة ماذا أنت فاعل فيما يتعلق بعمل هذا التغيير؟"

"من الواضح أنك تشعر بالإحباط الشديد وروحك المعنوية منخفضة فيما يتعلق بهذا التغيير، استخدم خيالك: لو أنك ستحاول مرة أخرى فما أفضل الطرق للمحاولة؟"

الاستجابة لحديث الثقة

الهدف المشترك فى الطرق المذكورة توًا هو أن يتحدث العميل عن السبل التى من خلالها يمكن أن يحدث التغيير، عن الثقة: لماذا وكيف يمكنه النجاح فى عمل التغيير. واتساقًا مع المنظور العام لمقابلة الدافعية من المفيد للعميل أن يقوم بعمل هذه المناقشات. وعندما يحدث مثل هذا الحديث عن الثقة من المهم أن نستجيب بطريقة داعمة ومعززة له ونفس المبادئ المحددة فى الفصل السابع تطبق هنا، حيث تمثل هذه حالة خاصة فقط من الاستجابة لحديث التغيير (وهو فى هذه الحالة حديث الثقة).

---

١ Hypothetical change.

يظل الإنصات المتمعن مهارة محورية هنا، أنصت إلى الموضوعات والخبرات والأفكار والإدراكات التى تنطوى على ثقة، والتى تنم عن قدرة العميل على عمل تغيير مرغوب، وتمعن ذلك بشكل تفصيلى بعد حدوثه مباشرةً وبتلخيصات تمعنية تالية وبشكل مناسب أكد تعبيرات العميل عن الثقة.

بمجرد ظهور حديث الثقة ربما من المفيد إثارة المشكلات والتحديات التى قد تواجهه، واسأل العميل عن حلول لها:

"ماذا ستفعل إذا............؟"

"كيف ستستجيب إذا.............؟"

"ماذا تظن أن يحدث إذا..............؟"

وبالتالى، يستثير هذا مزيداً من حديث التغيير، وهذا فى الواقع هو بالضبط عكس افتراض حلول وجعل العميل يشير إلى قصورها. ليس دورك هنا هو رفض حديث التغيير للعميل بل إثارة مزيد من الفكر والتجديد، وكذلك يعد السؤال عن أمثلة وتفصيلها مناسباً.

من الشائع أيضاً مواجهة بعض سلوك المقاومة عند مناقشة مشكلات الثقة، حتى عندما تبدو الأهمية مرتفعة. يحدث هذا فى الغالب عندما يتخذ العميل جانباً مضاداً للتغيير فى تناقضه الوجدانى. وعلى الرغم من أن محتوى المقاومة ربما يكون مركزاً على القدرة على التغيير أو معقوليته، لا توجد طرق خاصة هنا غير التى ناقشناها فى الفصل الثامن، حيث يظل الأسلوب غير المباشر للدوران حول المقاومة كما هو.

التغيير الجذرى[1]

فى النهاية، هناك أوقات لا يكون فيها التغيير المرغوب محدداً بل ينطوى على عدد من المشكلات المرتبطة داخلياً التى من غير المرجح التعامل معها بحل سهل. على سبيل المثال، انظر إلى موقف امرأة تعانى من الاعتماد المتعدد على المخدرات وتعمل بالجنس التجارى فى مدينة غير مشرع بها ممارسة الدعارة، مثل كثير من أمثالها، ربما تضع هذه المرأة أهمية مرتفعة للهرب من معضلتها غير أنها لا ترى سبيلاً ممكنة لعمل ذلك، على الرغم من تعقيدات هذا الأمر غير أنه يعد مشكلة ثقة. ربما يتطلب التغيير الهرب من المخاطر وما يصاحبها؛ وإيجاد طعام ومأوى مؤقت والرحيل لمكان آخر وإزالة التسمم بالمخدرات المتعددة والعلاج؛ وحل المشكلات القضائية؛ وتنمية مهارات عمل جديد؛ وإيجاد وظيفة ورعاية طفل وإيجاد سكن. يعد الحديث عن التغيير فى أى واحدةٍ من هذه المشكلات (مثل الاعتماد على المخدرات) دون تناول المشكلات الأخرى غير واقعى، وانخفاض الثقة أمر يمكن تفهمه.

فى مثل هذه المواقف، السبيل الوحيد الذى يمكن الحصول على الثقة منه ربما ينطوى على عمل تغيير جذرى يتناول هذه المشكلات المتعددة معاً. وبدون التقليل من شأن تعقيد المشكلة من الممكن مناقشة كيف يمكن حدوث مثل هذا التغيير الجذرى، وبدلاً من محاولة تعديل سلوك معين يتطلب هذا تفكيراً فى الصورة الكلية للتغيير.

مثال إكلينيكى

يوضح الحوار الإكلينيكى التالى منحى مقابلة الدافعية فى زيادة الثقة باستخدام سيناريو التغيير الجذرى الموصوف تواً، وقد ناقشنا حول ما إذا كان وضع شديد التعقيد كهذا سيكون أفضل – كمقابل لمشكلة نقص الثقة فى سلوك واحد، ووجدنا أنه

---

[1] Radical change.

سيتضمن ذلك ميزة (وعيب) التبسيط الزائد. وعلى الرغم من ذلك، يساعد التعقيد نفسه على توضيح استخدام مدى أوسع من طرق زيادة الثقة. يبدأ الحوار بعد فترة من المناقشة حول أهمية التغيير التى تختصرها العميلة بإيجاز شديد لدرجة أنه لا توجد حاجة لأن يقوم القائم بالمقابلة بعمل ذلك، والتحدى الآن، قبل تناول خطة تغيير عيانية، هو انخفاض الثقة.

العميلة: لا يمكننى القيام بهذا العمل لمدة أطول فهو خطير جداً، أنا ذاهبة إلى الهلاك وأيضاً لدي طفلة لأفكر فيها ولا أريد لها أن تعيش نفس الحياة التى عشتها. أنا محطمة كأم - أصرخ فى الحمام بعد منتصف الليل حتى لا ترانى ويهددنى الأخصائى الاجتماعى بأخذها بعيداً عنى مرة أخرى ولا ألومه، لا أستطيع الاستمرار هكذا. وضعت نفسها على درجة تسعة على مقياس الأهمية.

القائم بالمقابلة: وضع بائس ما أنت فيه وتريدين حقًا الخروج منه.

العميلة: كنت على وشك الخروج ليلة أخرى مؤخراً، ولكن ليس بالطريقة التى أرغبها.

القائم بالمقابلة: كدت تقتلين تقريباً.

العميلة: كنت على وشك القتل من قبل غير أن هذه المرة أخافتنى حقًا - الفتى الذى أخبرتك عنه.

القائم بالمقابلة: إذن، ما الخطوة التالية؟ كيف ستخرجين من هذا؟

العميلة: هذا هو الموقف. ما الذى يمكننى فعله؟ .... دعوة لتقديم حلول

القائم بالمقابلة: تشعرين أنك عالقة، بلا مخرج. .... يعكس القائم بالمقابلة الدعوة ويتمعنها

العميلة: تبًا، لا! ليس لدي مال وتحت المراقبة والمباحث (س س) يراقبنى كالصقر وهو يوسعنى ضربًا ويرمى مخدراتى إذا ظن أنى سأتركه، نحن نعيش فى غرفة فى لوكاندة رخيصة ماذا يفترض أن أفعل.	يمكن أن نتوقع هنا النتيجة المحتملة لعمل اقتراحات أو وصف مهام ("حسنًا، ماذا عن.........؟")
القائم بالمقابلة: هذا بالضبط السؤال الذى تواجهينه، تريدين الخروج، ولكن كيف فى عالم تسيطر عليه كثير من العوائق التى لا تصدق؟	مرة أخرى يتمعن القائم بالمقابلة ويعكس بدلاً من القفز إلى إجابات يقدمها لها.
العميلة: فقط لا أرى المخرج، وإلا كنت خارج هذا المكان.	الدرجة على مقياس الثقة واحدة أو اثنتان

القائم بالمقابلة: ليس لدي بالتأكيد إجابات لك، لكنى أثق كثيراً فى أن لديك الكثير وبالعمل سويًا يمكننا الخروج.

إعطاء الأمل

العميلة: ماذا تعنى؟

القائم بالمقابلة: حسنًا، على الأقل أنت مستمرة فى الحياة بشكل مذهل، لا أصدق مدى قوتك لتدخلى فى كل هذا وتبقين على قيد الحياة، ناهيك عن أنك تجلسين معى وتتحدثين عما تريدين حياتك أن تبدو فى المستقبل. لا أظن أننى كنت سأنجو مما نجيت منه.	تأكيد أصيل تمامًا وإعادة صياغة

العميلة: المرء يفعل ما عليه فعله.

القائم بالمقابلة: كيف وصلت إلى هذا الحد ومازلت لديك هذا الكم الذى أراه من الحب والحنان – ليس فقط لابنتك ولكن أيضًا للنساء اللاتى تعملين معهن ولأشخاص آخرين أيضًا؟ كيف تفعلين ذلك؟	توكيد وسؤال مفتوح

العميلة: يوم بيومه، كما يقولون. لا أدرى، أبتعد داخل نفسى فحسب فترة كما لو أننى ذاهبةً إلى الحمام، ولا أسمح لنفسى أن تتأذى حيث أعتنى بها.

القائم بالمقابلة: مثلما تعتنين بابنتك. — تمعن واصل

العميلة: أتمنى أن أعتنى بها أكثر مما أعتنى بنفسى، ولكن هيهات، أنا أعتنى بنفسى ولا يعتنى بى أحد.

القائم بالمقابلة: لذلك لديك هذه القوة الداخلية المذهلة والقلب الصلب بداخلك حيث لا يمكن أن تتأذى.

العميلة: أو لا أترك نفسى للأذى.

القائم بالمقابلة: نعم، صحيح! ليس الأمر أنك لا تشعرين بأى شىء، لأنك تشعرين ولكنك تجدين طريقة للحفاظ على تلك المرأة المحبة بداخلك وتجعليها فى أمان، فالأمر هو أنك قوية، كيف تصفين نفسك أيضاً؟ ما مميزاتك الأخرى التى تجعلك تنجين باستمرار؟ — استدعاء القوة الشخصية

العميلة: أظن أننى ذكية إلى حدٍ ما، أعنى أنك لن تعرف ذلك عندما تنظر إلي، لكنى أستطيع رؤية ماذا يحدث حولى ولا يفوتنى الكثير. — يبدأ حديث الثقة

القائم بالمقابلة: أنت امرأة قوية ومحبة وجميلة، وماذا أيضاً؟ — تلخيص تجميعى

العميلة: لا أعرف.

القائم بالمقابلة: ما الذى يمكن أن يقوله شخص آخر عنك، شخص ما يعرفك جيداً؟، ما الصفات الجيدة التى يرونها فيكِ، والتى يمكن أن تساعدك فى عمل التغييرات التى تريدينها؟

العميلة: مثابرة، أكون عنيدة جداً عندما أريد شيئًا ما.

القائم بالمقابلة: لا شيء يوقفك عندما تقتنعين بشيء مثل الثور.

العميلة: عندما أريد شيئًا أظل أسعى إليه.

مراجعة نجاحات سابقة

القائم بالمقابلة: قوية ومحبة وجميلة ومثابرة يبدو أن لديك الكثير ما يلزم لمعالجة التغييرات الصعبة، ماذا عن هذه المعالجة؟ أعطنى مثالاً عندما كنتِ حقًا تريدين شيئًا ولاحقته.

العميلة: لن ترغب فى ذلك.

القائم بالمقابلة: حاولى من أجلى.

العميلة: كنت فى حالة سيئة الأسبوع الماضى، وأردت فعلاً أن يحدث شيء ما سيئ، اعتقد (س س) أننى كنت أخدعه، أحتفظ بالنقود ولا أخبره، ولذلك وسعنى ضرباً وسألت من حولى عن نقود ولم يعطنى أحد شيئًا وكان وقت الظهيرة والشارع خالٍ، لذلك أخذت ابنتى وذهبت لمدخل طريق سريع، وكان عليّ أن أنتظر حتى يذهب س س للغداء، صنعت لافتة تقول "جوعان، وسأعمل من أجل الطعام" وفى خلال ساعة كان لدي ما يكفى لأحصل على ما أحتاجه وبعض الطعام لنا أيضًا لم يكتشف س س شيئًا عن هذا أبداً.

القائم بالمقابلة: هذا ما قلته، كان عليك أن تختارى التوقيت بعناية وكنت واعية جداً بما يحدث حولك، حيث أمكنك عمل ذلك. فكرت سريعًا، ووصلتِ لحل، تمسكتِ به وجعلته يحدث. كيف قمت بعمل اللافتة؟

العميلة: وجدت الكارتون فى سلة مهملات اللوكاندة واستعرت قلماً من المكتب.

القائم بالمقابلة: تبدو كأنها أشياء بسيطة، ولكنى معجب بمدى سرعتك لحل هذه المشكلة. أقول بالطبع، قُضى كل هذا الإبداع فى الحصول على المخدرات، لكن هذا مجرد مثال عن كيف يمكنك جعل الأشياء تحدث عندما تنوين عمل ذلك.

العميلة: هناك شيء آخر الآن، ماذا أفعل فى كونى مدمنة؟ أعراض الانسحاب مؤلمة.

القائم بالمقابلة: لقد مررتِ بذلك من قبل، إذن.

العميلة: بالتأكيد، فى السجن والشارع وحتى فى مركز لإزالة التسمم، ولكنى لا أرغب فى المرور بذلك مرة أخرى.

القائم بالمقابلة: أخبرينى عن مركز إزالة التسمم، متى كان ذلك؟

العميلة: السنة الماضية، كنت مريضة جداً وتم نقلى إلى غرفة الطوارئ ومن هناك أخذونى إلى مركز إزالة التسمم ومكثت هناك خمسة أيام، ولكنى تحسنت بعد ذلك.

القائم بالمقابلة: ولكن كيف كان يبدو إزالة التسمم بالنسبة لك؟

العميلة: كان لا بأس به، كانوا لطفاء معى، وأعطونى أدوية لدرجة أننى لم أشعر بعدم الراحة، وسريعًا ما نزلت إلى الشارع مع أننى كنت أرغب فى العلاج.

استخدام الافتراضات

القائم بالمقابلة: إذن على الأقل، كان ممكنًا بالنسبة لك أن تمرى بعملية الانسحاب بشكل مريح، وظهرت المشكلة عندما خرجتِ الآن، اسمحى لى أن أطلب منكِ ذلك. تخيلى مثل السحر أنكِ بعيدة عن الشارع، وانتهيت من أعراض الانسحاب وبعيدة عن الشارع وعن يد س س، تخيلى أنك فى مكان آخر تمامًا. لا تفكرى الآن كيف وصلت إلى هناك سنعود لذلك - لكنك حرة تمامًا أنت وابنتك فحسب. ما الذى تودين فعله؟ ما نوع الحياة التى ستختارين؟

حديث تغيير

العميلة: أحتاج إلى وظيفة حقيقية وربما أعود إلى المدرسة ثم أحصل على وظيفة جيدة، وأرغب فى الرحيل من المدينة - أعيش فى مكان صغير خارج المدينة فى الريف.

القائم بالمقابلة: تغيير كامل فى المشهد.

العميلة: هذا ما أفكر فيه.

القائم بالمقابلة: ويمكنك تخيل ذلك، حياة جديدة فى مكان ما مع ابنتك.

العميلة: نعم يمكننى تخيل ذلك، لكن كيف سأكون هناك؟

القائم بالمقابلة: إنه تغيير كبير مع عوائق كثيرة جداً وأنت لا تعتقدين أنك قادرة على عمل هذا التغيير.

مستوى الثقة = ٣ أو ٤؟

العميلة: لا أدرى، ربما يمكننى القيام بذلك، فقط لم أفكر فى ذلك لمدة طويلة.

القائم بالمقابلة: ربما، مجرد احتمال، مع كل قوتك وجمالك وإبداعك ومثابرتك تستطيعين إيجاد طريقة لتحقيق الأمر، هذا ما تريدينه، أليس كذلك؟

العميلة: نعم، سيكون عظيمًا أن أترك الشارع.

القائم بالمقابلة: هل الأمر مستحيل أم تعتقدين أنك بالفعل قادرة على تحقيقه؟

العميلة: يبدو كنوع من اللاواقعية، على الأقل بالنسبة لى.

القائم بالمقابلة: بالنسبة لك، لكنه قد يكون ممكنًا بالنسبة.............

العميلة: أعتقد أننى كنت أفكر فى ابنتى، أو ربما بعض النساء الأخريات اللاتى أعرفهن، ولكننى أعود لأفكر أننى أعتقد أن لدي فرصة كالتى يرغبون فيها.

يقدم فكرة العصف الذهنى

القائم بالمقابلة: حسنًا! يمكنك تخيل أنك تقومين بذلك، تمامًا مثلما يمكن للآخرين، إذن اسمحى لى أن أطلب منك القيام بأمر آخر، قبل أن نكون أكثر تحديدًا، دعينا نفكر حول ما الذى يتطلبه الأمر لتنتقلى من الشارع إلى ذلك المكان المتخيل، اتركى العنان لإبداعك وفكرى فى أى طريقة يمكن أن يحدث بها هذا الأمر، بسبل مختلفة قدر الإمكان، قد تكون غير واقعية تمامًا وغير محتملة لا يهم، ما نريده هنا هو كثير من الأفكار، اتفقنا؟

العميلة: بالتأكيد، ولم لا.

القائم بالمقابلة: إذن كيف يمكن أن يحدث هذا؟

العميلة: ربما أقابل شخصًا ثريًا مثل تلك الفتاة فى فيلم المرأة الجميلة.

القائم بالمقابلة: حسنًا، جيد، هذه طريقة وماذا أيضًا؟

العميلة: ربما تحدث معجزة، (ضحكات)

القائم بالمقابلة: حسنًا، تحدث معجزة، ماذا أيضًا؟

العميلة: أستطيع أن أكلم أمي كي تساعدني مرة أخرى، إذا اعتقدت أني جادة حقًا هذه المرة ربما تساعدني.

القائم بالمقابلة: إذن يمكن أن تساعدك أمك على الخروج من هنا، بالمال.

العميلة: أعرف أنها قلقة على حفيدتها وربما يمكننا العيش معها لفترة، ولكن لا أعرف هل ستثق بي مرة أخرى.

يظهر حديث التغيير تدريجيًا خلال العشر دقائق هذه وتوجد بدايات لخطة تغيير ممكنة، فبدلاً من القفز مباشرةً إلى مناقشة "كيف تفعلين" مع هذه المرأة المرتفعة على مقياس الأهمية والمنخفضة في الثقة، يقضي القائم بالمقابلة الوقت في استثارة الثقة في قدراتها التكيفية الأوسع. يمهد هذا الطريق لتطوير لاحق في خطة تغيير معينة والالتزام بها.

ملخص

يختلف منحى مقابلة الدافعية لزيادة الثقة عن الاستراتيجيات التقليدية لتقديم المشورة أو بناء المهارة، ففى حين أنها يمكن أن تتوافق مع تقديم المشورة أو تعليم المهارات الجديدة، تضع طريقة مقابلة الدافعية رهاناتها الرئيسية على حيل الشخص الذاتية. والرؤية العامة هى أن الثقة (مثلها مثل الأهمية فى الدافعية للتغيير) ليست شيئًا يمكن إقحامه، ولكنه يحفز من الشخص نفسه، وهى تنطلق (تصدر) من كلمات الشخص وأفكاره الذاتية. وعلى الرغم من وجود بعض المشكلات والتعديلات الخاصة، فإن الطرق المستخدمة لاستثارة الثقة ودعمها تشبه تلك التى ناقشناها مبكرًا فى الفصول المبكرة التى تتعلق بحديث التغيير بشكل أكثر عمومية. إيجاد الأمل والثقة للتغيير هو عملية تعاونية يتمتع المرشد بالمشاركة فيها.

الهوامــش

(١) Yahn and Miller (1999).

(٢) وضع شلبى ستين Shelby Steen هذه القائمة من أجل Miller (in press).

الفصل العاشر

المرحلة الثانية
تقوية الالتزام بالتغيير

يتطلب الأمر اثنين لقول الحقيقة - شخص يتكلم وآخر يسمع.

- Henry David Thoreau

- A week on the Concord and Merrimack River

التعرف على الاستعداد[1]

تتضمن المرحلة الأولى من مقابلة الدافعية بناء دافعية ذاتية للتغيير، ويستغرق هذا مع بعض الأفراد وقتًا أطول من أفراد آخرين، حيث يأتي البعض إلى الإرشاد ولديه فكرة ضئيلة عن حاجته للتغيير أو ليس لديه فكرة مطلقًا بينما يقع البعض في قبضة التناقض الوجداني، ويأتي آخرون وهم مستعدون لتوجيه انتباههم للتغيير ويحتاجون إلى بناء دافعية قليل نسبيًا.

---

١ Recognizing readiness.

جئنا هنا إلى نقطة تحول المنحى - حيث تغيير الهدف من زيادة الأهمية والثقة (المرحلة الأولى) إلى تقوية الالتزام بخطة التغيير (المرحلة الثانية). عند نقطة نموذجية من هذا التحول، يكون الشخص راغبًا فى التغيير وقادراً عليه وعلى حافة الاستعداد، يدرك المتخصصون فى المبيعات المرحلة الموازية لذلك فى مجال البيع: عندما يبدأ المستهلك التفكير فى الشراء، ينقل مسئولو المبيعات الاستراتيجيات اتجاه البيع. وذات مرة أخبرنا أحد رواد التدريب على البيع أن هذه هى أهم مرحلة فى البيع والمهمة الأساسية عند هذه النقطة هى مساعدة العميل على تأكيد قراره الذى اتخذه وتبريره، إن معرفة متى ينبغى تحويل الاستراتيجيات يمثل واحدةً من المهارات التى تميز مسئولى المبيعات الناجحين عن غير الناجحين.

وبالمثل، فى الطهى هناك توقيتات حاسمة لابد من اتخاذ القرار عندها: متى يصبح الغلى كافيًا، كم مدة عجن العجين وتركه حتى يرتفع قبل الخبيز، أو متى تكون الحلوى ساخنة بالقدر الكافى لرفعها من على النار قبل أن تحترق، الطهى سواء أكان أسرع أو أبطأ من اللازم يفسد الوصفة.

لا تقلق من ذلك كثيراً، نحن نشك فى أن هناك فى الغالب على وجه الدقة لحظة مثالية للانتقال من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية، ومع ذلك، نعتقد أنه بمجرد وصول الشخص إلى نقطة الاستعداد هناك نافذة معينة على الوقت الذى يجب أن يبدأ فيه التغيير وستتباين إجابة السؤال عن كم تظل هذه النافذة مفتوحة، ولكن يعد إدراك وجود تباين مهم أمراً غير مريح إطلاقًا ليظل للأبد. فإذا لم يبدأ التغيير سيكون من المحتمل أن يبدأ الشخص فى استخدام الاستراتيجيات الدفاعية المعرفية لخفض عدم الراحة (التبرير والتهوين والإنكار والنسيان والإسقاط، إلخ). ويعد هذا مهماً لمعرفة متى تنفتح النافذة حتى تستطيع مساعدة الشخص البدء فى العبور منها - وللتأكد من أنها على مستوى الأرض.

ما علامات انفراج النافذة؟ نحتاج إلى بحوث جيدة هنا، وفى الوقت الراهن يمكن تقديم بعض الهاديات التى نستخدمها فى تقدير متى نتحول من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية (انظر إطار ١٠- ١). لن تحدث كل هذه العلامات فى كل الحالات أو حتى معظمها، ولكنها مؤشرات للاستعداد للتغيير. عندما تكون هناك مثل هذه العلامات للتغيير، ربما يكون الوقت مناسبًا لتحويل الاتجاه إلى هدف جديد هو تقوية الالتزام، وقد تكون هذه عملية مفيدة حتى إذا كان الشخص يدخل العلاج وهو يقرر بوضوح عمل التغيير. فالطريقة المعروضة فى هذا الفصل مناسبة لتقوية الالتزام بالتغيير بمجرد ما يدرك الشخص أهمية كافية وثقة كافية لاستعداده للتحرك نحو الفعل.

إطار [١٠-١] علامات الاستعداد للتغيير

١- مقاومة منخفضة: يبدو أن الرياح تخرج من شراعات المقاومة وينخفض التنافر فى العلاقة الإرشادية وتنخفض المقاومة.

٢- المناقشة المنخفضة عن المشكلة: يبدو أن العميل تحدث بما يكفى عن مجال اهتمامه، وإذا كان للعميل تساؤلات عن مجال المشكلة تتوقف ويكون هناك شعور بالإنجاز الجزئى على الأقل لمسألة انتظار الخطوة التالية.

٣- الحل: يبدو أن العميل قد وصل إلى بعض الحلول ويبدو أكثر شعوراً بالسلام أو مسترخيًا أو هادئًا أو مستقرًا ولا يشعر بعبء، ويمكن أيضًا أن يتلون ذلك بنغمة الخسارة والحزن والعزلة.

٤- حديث التغيير: فى حين تنخفض المقاومة يرتفع حديث التغيير، حيث يصوغ العميل عبارات تغيير مباشرة (انظر الفصل الخامس) تعكس مساوئ الحالة الراهنة، ومزايا التغيير والتفاؤل منه و/أو النية لعمله.

٥- أسئلة حول التغيير: ربما يبدأ العميل بالسؤال عما يستطيع فعله حيال المشكلة كيف يتغير الأفراد بمجرد ما يقررون التغيير أو ما شابه.

٦- التصور: يتحدث العميل حول كيف ستكون الحياة بعد التغيير، ممكن أن يفهم ذلك خطأ على أنه مقاومة، تجعل تلك النظرة للأمام الشخص يتوقع الصعوبات إذا ما تم التغيير وبالطبع ربما يرى العميل أيضًا نتائج إيجابية للتغيير.

٧- التجريب: إذا كان لدى العميل وقت بين الجلسات ربما يكون قد بدأ فى تجريب أفعال تغيير ممكنة منذ الجلسة الأخيرة.

لا تتوقع أن تحدث خبرات "وجدتها" فى لحظة سحرية من الاستعداد، حيث تظهر علامات الاستعداد عادة تدريجيًا وبثبات وعندما يكون لدى الأفراد لحظات وجدتها! يكون هذا فى الغالب خارج غرفة الإرشاد(١).

يعد هذا فى الغالب جزءًا ممتعًا تمامًا من الإرشاد، حيث يمكن أن تكون المرحلة الأولى صعبة - تشبه إلى حدٍ ما تسلق جبل فى أحذية ثلوج، وبمجرد أن يتم هذا العمل الصعب تتم المرحلة الثانية بيسر أكبر - مثل التزحلق إلى أسفل الجبل. من المؤكد هناك مخاطر على الطريق وسنبدأ بمناقشة بعضها. على الرغم من ذلك يبدو مسار الإرشاد أسرع وأكثر متعة، ويوجد شعور برفقة العميل يشبه الجلوس بجانب شخص على رافعة تزلج تتأملان المسارات وتختاران أى الطرق لتسلكاها ثم تدفعان الرافعة سويًا.

تكون المهمة الرئيسية على قمة الجبل هى إقناع العميل بأن يأتى معك إلى الجانب الآخر بدلاً من أن يظل هناك ويقرر فى النهاية الرجوع إلى الطريق التى جئتما منها.

وعندما تصلان إلى المرحلة الثانية يكون معظم عمل مقابلة الدافعية الصعب قد تم ويبقى للعميل أن يلبس الزلاجات والذراع والانحناء المناسب ويتخذ ذلك القرار الجرىء ويندفع ويستمتع بالرحلة هبوطًا وهو يتجنب الصخور والبروز والبرك الكبيرة. كمرشد نفسى يمكن أن تكون دليلاً خلال هذه العملية أو ربما يقرر العميل أن يتزلج وحده.

صعوبات المرحلة الثانية

بالتأكيد هناك قليل من العقبات التى يجب الانتباه لها فى مناقشة منحدرات المرحلة الثانية فيما يلى ثلاث منها لنكون على وعى بها:

تهوين التناقض الوجدانى

من المغرى تمامًا افتراض أنه بمجرد أن يظهر العميل الاستعداد للتغيير (انظر الإطار ١٠-١)، يتم اتخاذ القرار وكل شىء يأتى تباعًا، يعد هذا خلطًا بين عملية تقوية التغيير وقرار "وجدتها"!، فمعظم قرارات التغيير لا تتم فجأة مرة واحدة كاملة مكتملة، فغالبًا ما يبدأ الأفراد الحركة تجاه التغيير وهم مازالوا يشعرون ببعض التناقض الوجدانى، حيث يتخذون خطواتهم التجريبية وهم على قمة جبل وما زالوا غير متأكدين أى السبل يريدون أن يسلكوا، وفى الوقت الذى ينظرون فيه إلى المنحدر يبدءون فى إعادة التفكير فيما إذا كانوا يريدون الذهاب أصلاً. ويبدو أحيانًا أنهم متقدمون بشكل جيد فى الرحلة ثم يعودون فجأة إلى الدوران واللف. ومن ثم هناك مخاطرة جوهرية فى التحفيز الزائد عند ظهور العلامات الأولى للتحول ناحية التغيير. وفى المشابهة بالجبال التى استخدمناها، ربما يبدو العميل فى هذا الموقف كالتلميذ المتخاذل المتردد الذى بنيت لديه فى النهاية شجاعة للصعود إلى القمة فقط ليصبح مدفوعًا من قبل المعلم إلى حافة منحدر يبدو الأشد خطرًا والأكثر تهديداً. فلابد أن تستمر نفس الرعاية والأسلوب التى تتسم بها المرحلة الأولى خلال المرحلة الثانية، وفى الواقع خلال عملية الإرشاد كلها، فلا يختفى التناقض الوجدانى مجرد أن عملية التغيير قد بدأت.

التوجيه الزائد عن الحد[1]

خطر آخر فى المرحلة الثانية هو وصف خطة غير مقبولة من العميل، حيث يكون هناك ميل للقول "الآن أنت مستعد للتغيير، هناك ما ينبغى أن تفعله" ينتهك هذا القول النغمة التعاونية لمقابلة الدافعية ويثير خطر محو ما حققه التقدم. لا توجد فائدة من استثارة دافعية الشخص بحذر لمجرد تقديم خطة تغيير غير مقبولة، فأحيانا ما يصطدم المرء بالصعوبات حتى عندما يقوم بما يبدو أنه اقتراح بسيط، حيث يستجيب العميل بـ"نعم، لكن هذا لن يعمل لأن.........." ويتبنى دوراً سلبيًا لشخص ينتظر أن تُقدم له الحلول فيما يبدو أنه استنساخ "لشرك الخبير". يمتد تأكيد المرحلة الأولى على المسئولية الشخصية والاختيار إلى المرحلة الثانية والتفاوض حول استراتيجيات التغيير.

التوجيه غير الكافى[2]

الخطورة العكسية هى تقديم مساعدة أقل من اللازم للعميل، فالسؤال "ماذا يمكن أن أفعل؟" يجاب بشكل أفضل فى المرحلة الثانية بقائمة من الاختيارات أكثر من الإنصات المتمعن، فإذا ظل المنحى غير التوجيهى بالكامل فى المرحلة الثانية ربما يتعثر العميل. تخيل متزحلقًا مبتدئًا يسرع عبر منحدر خطر ويسأل عن الاتجاه فى حين يتمعن المعلم "إذن أنت تتساءل عما يجب أن تفعله بعد ذلك" الطرق التى نصفها فى هذا الفصل هى طرق وسط لترشدك بين طرفى الاتجاه التوجيهى الزائد عن الحد والتوجيه غير الكافى والهدف هو وضع الدافعية الذاتية فى خطة متفاوض عليها وقابلة للتنفيذ لعمل التغيير وتقوية التزام العميل بتنفيذ تلك الخطة.

---

١ Overprescription.

٢ Insufficient direction.

بدء المرحلة الثانية

إعادة التلخيص[1]

الخطوة الأولى الجيدة فى عمل النقلة إلى المرحلة الثانية هى تلخيص الموقف الراهن للعميل مرة أخرى، كما تظهره محادثاتكما حتى الآن، ويهدف هذا لجعل المرحلة الأولى قريبة وسيعتمد طول التلخيص على تعقيد موقف العميل، حيث من المناسب عادةً أن نبدأ التلخيص الانتقالى بعبارة تجمع ما حاولت ضمه مما تم مناقشته حتى حينه بغرض تقييم ما يمكن فعله بعد ذلك. ويمكن أن تتضمن إعادة التلخيص العناصر التالية:

١- تلخيص إدراكات العميل نفسه للمشكلة كما تنعكس فى حديثه عن التغيير؛

٢- تلخيص تناقض العميل الوجدانى متضمنًا بعض المعــرفة عما يزال إيجابيًا أو جذابًا فى حالة اللاتغيير؛

٣- مراجعة أى دليل موضوعى لديك متعلق بأهمية التغيير؛

٤- تكرار أى مؤشرات قدمها العميل لرغبته أو ميله أو تخطيطه للتغيير والحديث حول ثقته فى التغيير؛

٥- تقييمك الخاص لموقف العميل لاسيما عند النقاط التى تتفق مع اهتمامات العميل الخاصة؛

الغرض من هذا التلخيص هو ضم أكبر عدد ممكن من أسباب التغيير معًا مع الوضع فى الحسبان - فى نفس الوقت - تأرجح العميل أو تناقضه الوجدانى. وتستخدم إعادة التلخيص كتجهيز نهائى للانتقال إلى الالتزام وتؤدى مباشرةً إلى سؤال مفتاح.

---

١ Recapitulation.

الأسئلة المفتاحية

اتساقًا مع روح مقابلة الدافعية لا تتضمن المرحلة الأولى إخبار الأفراد بما يجب أن يقوموا به بل استثارة ما يريدونه ويخططون لعمله. ذلك هو غرض السؤال المفتاحى، الذى يأتى فى المعتاد مباشرة من إعادة تلخيص المرحلة الأولى.

ودائمًا ما تكون الأسئلة المفتاحية مفتوحة ولا يمكن إجابتها ببساطة "بنعم" أو "لا" وهدفها هو أن يبدأ الشخص فى التفكير والحديث عن التغيير، وفحواها الأساسية هى السؤال: ما الخطوة التالية؟ على الرغم من أن السؤال المفتاحى يتبع بشكل طبيعى إعادة التلخيص، يمكن أن تكون الأسئلة المفتاحية مفيدة خلال المرحلة الثانية ورغم وجود كثير من التباينات، نقدم هنا بعض الأمثلة على الأسئلة المفتاحية:

"ماذا تعتقد أنك فاعل؟ ما الذى تفكر فيه عند هذه النقطة حول ________؟"

"ما التغييرات، إذا كانت هناك أى تغييرات، التى تفكر فى القيام بها؟"

"عند هذا الحد بعد مراجعتنا لكل ذلك، ما الخطوة التالية بالنسبة لك؟"

"ما الذى يمكنك فعله؟ ما خياراتك؟"

"يبدو أن الأمور لا يمكن أن تجرى كما هى الآن، فماذا تعتقد أن عليك فعله الآن؟"

"أى واحد من الأمور التى تحدثنا عنها يهمك أكثر؟ ما الذى تريد عمله عند هذا الحد؟"

"ماذا سيحدث بعد ذلك؟"

"أين نذهب من هنا؟"

"كيف تود أن تجرى الأمور بالنسبة لك الآن، مثاليًا؟"

"ما الأمور الجيدة التى قد تحدث إذا أنجز بعمل التغيير؟"

فى المعتاد، تقابل إجابات العميل على مثل هذه الأسئلة المفتاحية بإنصات متمعن ويساعد هذا فى توضيح أفكار العميل وخططه ويشجع على مزيد من الاستكشاف. يمكن أن يستخدم التمعن أيضًا بشكل انتقائى لدعم حديث التغيير المقدم (الفصل السادس) وخفض المقاومة التى ربما ترتفع (الفصل الثامن). ويتم التأكيد مرة أخرى على المسئولية الشخصية والحرية والاختيار خلال هذه العملية. وكن على حذر من التحول الكامل إلى وضع حل المشكلات، حيث تظل الطرق التى تناولناها فى الفصول المبكرة مفيدة فى المرحلة الثانية.

تقديم المعلومات والمشورة

لأن لها جذورًا فى منحى التمركز حول العميل، أحيانًا ما يفترض أن مقابلة الدافعية تتناقض مع تقديم المعلومات والمشورة، وفى الواقع يعد تقديم المعلومات والمشورة ممكنًا ومناسبًا تمامًا داخل روح ومبادئ مقابلة الدافعية، حيث يشارك المرشد بخبراته مع العميل. ويحدد السياق التى تقدم فيه مثل هذه المعلومات والنصائح الاتساق مع كل طريقة إكلينيكية بصفة عامة.

لا تعد هذه رخصة لتقديم المشورة أو المعلومات المتخصصة كلما مرت بخاطر المرشد، بل هناك مناسبتان تُقدم فيهما مثل هذه الخبرات فى مقابلة الدافعية: عندما يطلبها العميل أو بإذن العميل، وفى الحالة الأخيرة المرشد هو من يبدأ بتقديم المشورة أو المعلومات وإليك بعض الإرشادات المناسبة هنا، اسأل نفسك الآتى قبل أن تبدأ فى المشورة أو تقديم المعلومات؛

"هل استخرجت أفكار العميل الخاصة ومعلوماته عن هذا الموضوع؟"،

و

"هل ما أنا ذاهب لعمله مهم لسلامة العميل، أو من المرجح أن يزيد دافعية العميل للتغيير؟"

عندما تكون إجابة كلا السؤالين هى "نعم" واصل بإذن العميل.

إذن، ما الذى يمثله إذن العميل؟ الإذن، فى جوهره، نوع من تعريف العميل باختياره أن يأخذ المشورة التى تقدمها له أو يتركها وأن يسمع المعلومات التى تريد تزويده بها أو لا يسمعها، وربما (لكن ليس دائمًا) نطلب الإذن مباشرةً، وعندما تقوم بمثل هذا الطلب المباشر يبدو الأمر واحداً من الآتى:

"هل ستكون على ما يرام لو طلبت منك الاهتمام بما لدي وهو يتعلق بما تنوى فعله؟"

"لدي فكرة هنا ربما تتعلق بهذا الأمر أو لا تتعلق به هل ترغب فى سماعها؟"

"أظن أننى أفهم وجهة نظرك فى هذا، وأتساءل إن كنت توافق أن أخبرك بعض الأمور التى تحدث لى كلما استمعت إليك والتى ربما تود النظر فيها".

"لا أعرف ما إذا كان ذلك مهمًا بالنسبة لك أو يمثل فرقًا، لكنى قلق بعض الشىء فيما يتعلق بخطتك، فهل تمانع إذا شرحت لك أسباب هذا القلق؟"

"هناك بعض الأمور التى ربما تكون مهمة بالنسبة لك وربما لا، وأريد التأكد من أنك تعرفها قبل أن نستمر. ربما تعرف بعضها بالفعل لكنى أريد التأكد، هل سيكون ذلك مناسبًا لك؟"

طلب الإذن بهذه الطريقة يحفظ استقلال العميل ويجعل من الأيسر بالنسبة له أن يسمع أو ينظر فيما لديك. وفى الغالب يعطى الأفراد الإذن لك كى تستمر، ولكن يبقى من المهم أن تسأل بسبب ما تتواصله عملية السؤال: الاحترام والاختيار والتعاون.

هناك أيضًا أشكال غير مباشرة من الإذن، لا تطلب مثل هذه اللغة موافقة مباشرة من العميل، بل تضاف الألفاظ والتعبيرات التى توضح حرية العميل للاستماع أو عدم الاستماع والاهتمام أو عدم الاهتمام:

"لا أعرف ما إذا كان سيفيدك ذلك أم لا، لكن يمكن أن أعطيك فكرة عما فعله بعض الأفراد فى مثل موقفك".

"ربما يمثل هذا فرقًا بالنسبة لك أو لا يمثل، لكن هناك احتمالية، وعليك أن تحكم ما إذا كان ينطبق ذلك عليك".

"أستطيع أن أعطيك فكرة، لكنى أظن أن عليك تجريبه فى الخارج لترى ما إذا كان سيناسبك".

"بالطبع، كل ما يمكن تقديمه لك هو رأيى الخاص، وأنت الوحيد الذى عليه أن يجد ما ينفعك".

سيطلب منك العميل فى الغالب خلال المرحلة الثانية معلومات أو أفكارًا، ومن المناسب تمامًا فى هذه الحالة تقديم أفضل نصائحك، ومع ذلك من المهم أن تحترس من الوقوع فى نمط "نعم، ولكن............" والتى هى تنويعة من تنويعات فخ اتخاذ أحد الجانبين. ففى هذا السيناريو يقدم المرشد المعلومات ويقول العميل ما الخطأ فيها أو يقدم المرشد الفكرة ويستجيب العميل بقول لماذا لن تعمل، وهنا يمكن أن تسبب بعض هذه السيناريوهات فى ترسيخ نمط غير مفيد.

هناك طرق عديدة للاحتراس من هذا؛ أولاً، لا تكن مندفعًا أزيد من اللازم لتقديم المشورة، انتظر دعوة مباشرة أو طلبًا للمعلومات، بل ربما يكون عليك أن تظهر بعض التردد فى تقديم المشورة، بما يستثير العميل ليطلب المشورة من جديد ويعطيك الإذن بتقديمها:

"سأكون سعيدًا بإعطائك بعض الأفكار، لكن لا أرغب فى الوقوف فى طريق التفكير الإبداعى الخاص بك، وأنت خبير نفسك ولست متأكدًا ما إذا كنت تريد حقًا نصيحتى أو تحتاجها. ربما لديك بعض الأفكار الخاصة عما عليك فعله".

"بالطبع يمكن أن أخبرك بما أفكر فيه إذا كنت حقًا تريد معرفته، ولكن لا أريدك أن تشعر وكأننى أخبرك بما عليك فعله، هل يمثل رأيى حقًا فرقًا بالنسبة لك؟"

منحى آخر مفيد هو تقديم سلسلة من الأفكار وليست فكرة واحدة، فهناك دليل على أنه عندما يختار الأفراد مسار فعل من بين بدائل من المرجح أكثر أن يتقيدوا به وينجحوا فيه، ويساعد هذا فى تجنيبنا استجابات من نمط "نعم ولكن........." السهل الذى يرفض الشخص فيه الاقتراحات واحدة بواحدة:

"حسنًا، لا توجد حقًا طريقة واحدة تعمل مع كل الناس، يمكن أن أخبرك عن بعض الطرق التى يستخدمها آخرون بنجاح، وترى أى واحدة منها يناسبك أكثر".

"اسمح لى أن أصف بعض الاحتمالات وأخبرنى أى منها يشكل فرقًا كبيرًا بالنسبة لك".

من الممكن أيضًا حث الطلبات من العميل للمعلومات والمشورة، يمكن أن يتم ذلك، مثلاً، فى المرحلة الثانية بعد تقديم تلخيص ختامى، من الممكن أن تقول شيئًا كالتالى:

"تحدثنا حول كثير من الأشياء الآن، ويبدو أنك أوليت ذلك كثيرًا من التفكير، أتساءل ما إذا كان هناك أى شىء تود أن تسألنى عنه الآن أو أى شىء يشغلك".

ربما يحفز هذا طلب مزيد من المعلومات عن موضوع نوقش فى المرحلة الأولى أو مشورة عن خيارات التغيير. فإذا سؤلت عن شىء لا تعرفه عليك أن تقول بحرية إنك لا تعرفه، ولكنك ستبحث عنه.

كفاءة التعقل محلها هنا، هذا هو الأسلوب العام لمقابلة الدافعية فى المرحلة الثانية، ولكن كما أشرنا من قبل، إذا وجدت شخصًا ينزلق بشدة وانحدر نحو شجرة مباشرة لابد أن تتوقف الكياسة هنا.

التفاوض حول خطة التغيير

خلال استجابات العميل للأسئلة المفتاحية وما قدمته أنت من معلومات ونصائح، يمكن أن يبدو ظهور خطة للتغيير، وإعداد هذه الخطة هو عملية اتخاذ قرار مشترك وتفاوض يتضمن:

١- وضع الأهداف.

٢- النظر فى خيارات التغيير.

٣- الوصول إلى خطة.

٤- استثارة الالتزام بها.

١- وضع الأهداف

تُحفز الدافعية من خلال التباين بين أهداف الشخص وحالته الراهنة المدركة، وبالتالى تكون الخطوة الأولى لإثارة التغيير هى الحصول على أهداف واضحة نتحرك اتجاهها، ومن هذا المنطلق ربما تكون الأسئلة المفتاحية كالتالى:

"كيف تتمنى أن تكون الأمور مختلفة؟".

"ما الذى تريد تغييره؟"

"إذا كنت ناجحًا تمامًا فى إنجاز ما تريد الآن، ما الذى تغير إذن؟"

"دعنا نأخذ الأمور خطوة واحدة وفى وقت واحد، ما هى فى رأيك الخطوة الأولى؟"

يأخذنا ذلك إلى احتمالية ألا تتفق أهداف العميل مع أهدافك الخاصة، فمثلاً، قد تطمح أنت أن تقلع امرأة من عملائك عن الكحول وباقى المواد ذات التأثير النفسى لبقية حياتها، فى حين أنها تكون منشغلة أكثر بتحسين زواجها، وعلى الأكثر، خفض شرابها إلى مستوى معتدل، فكيف يمكنك معالجة هذا الموقف؟

الحقيقة هى أنك لا تستطيع وضع أهدافك الخاصة فى شخص آخر، وفى الواقع، ربما تكون أهدافك الخاصة قليلة الأهمية جداً بالنسبة لأكثر العملاء. ويمكنك تقديم أفضل نصائحك، لكن العميل حر فى قبولها أو تجاهلها، فمن المحتمل أن تثير المناقشة والإصرار الدفاعية أكثر من الاتفاق، فلا معنى للعمل داخل طريقة مقابلة الدافعية خلال

المرحلة الأولى فقط ثم بعد ذلك نبعد العميل بأسلوب توجيهى جامد فى المرحلة الثانية. من الأفضل كثيراً، كما نعتقد، أن نحافظ على تحالف علاجى قوى وفعال مع العميل ونبدأ بالأهداف التى يكون العميل أكثر حرصاً للتقدم نحوها، فإذا كانت هذه الأهداف غائمة ستصبح واضحة سريعة بما فيه الكفاية.

تذكر التمسك بنظرة منفتحة واسعة فى مناقشة الأهداف، فعلى الرغم من أن الأمر قد يبدو مشكلة محددة، يكون لدى العميل أيضاً أهداف وقيم أعرض جديرة بالاهتمام، فأحياناً ما تتحول المشكلة التى يقدمها العميل لتتشابك مع قضية قيمية أكثر عمقاً أو مع أهداف حياتية أعرض. قد يساعد الوعى بهذه الأهداف الأعرض والقيم فى بناء الدافعية للتغيير (انظر الفصل التاسع عشر لمناقشة أكثر شمولاً عن القيم ومقابلة الدافعية)، وربما ترغب فى اقتراح (بعد استئذان العميل) أهداف أخرى تعتقد أنها مهمة لحرية العميل وجهوده لعمل التغيير.

أمر آخر جدير بالاهتمام هو ما إذا كان الهدف واقعياً، فالهوة الكبيرة بين السلوك الراهن والسلوك المرغوب يمكن أن تخفض الدافعية بدلاً من رفعها. وهناك طرق عديدة لتقييم ما إذا كان هدف معين يمكن تحقيقه وذلك بعيداً عن حكمك الخاص على الموضوع؛ إحدى طرق التقييم هى طلب تقدير الثقة (الفصل التاسع) وطريقة أخرى هى أن نطلب من العميل النظر فى العواقب التى ربما تنتج من اتخاذ مسار فعل معين، فربما يكون لدى العميل اهتمامات لم يعبر عنها، وفيما يلى بعض الأسئلة الممكنة الأخرى:

"كيف ستكون حياتك مختلفة إذا اتبعت هذا الهدف وحققته؟"

"إذن هذا هدفك، ما الأمر السيئ الذى يمكن حدوثه فى رأيك من اتباع هذه الخطة؟"

"ما السيئ وما الجيد فى تحقيق هذا الهدف؟"

ضع فى اعتبارك أيضاً أن هناك فى الغالب أهدافاً متعددة تتوازى مع المجالات المتعددة والمتشابكة موضع الاهتمام، لذلك قد يكون من الضرورى ترتيب الأهداف حسب الأولوية خلال عملية اتخاذ القرار المشترك بالنظر لأى منها أكثر إلحاحاً وأهمية (انظر مناقشة وضع جدول الأعمال فى الفصل السادس).

يؤدى وضع الأهداف بشكل تلقائى إلى الخطوة الثانية: النظر فى كيفية تحقيق الهدف. أحيانًا يكون كل ما يلزم لتحريك التغيير هو قرار تحقيق الهدف، ولكن عادةً ما توجد أمور يمكن للشخص القيام بها لزيادة فرص النجاح، ومع ذلك، قبل المتابعة، تأكد من صحة الأهداف. إذا كان العميل يعبر عن هواجس حدية تخص الأهمية أو الثقة فى الهدف؛ فهناك المزيد من العمل الذى ينبغى إنجازه قبل الاستمرار فى إنجاز الخطة.

٢- النظر فى خيارات التغيير

بمجرد ما يتم توضيح الأهداف المتعلقة بالشخص، تكون الخطوة التالية هى النظر فى الطرق الممكنة لإنجاز الأهداف المختارة. أدخل العميل مباشرةً فى عملية العصف الذهنى وتقييم استراتيجيات التغيير الممكنة واعمل على أفكاره الخاصة. تذكر أن هناك دائمًا طرقًا متعددة لإنجاز أهداف تغيير سلوكية، وأحد الاختيارات هو العلاج الرسمى الذى غالبًا ما يوجد داخله مدى من المناحى البديلة ذات الفعالية المثبتة بشكل معقول. ومع ذلك، يكون التركيز المحورى فى مقابلة الدافعية على استثمار الموارد الداخلية الخاصة للعميل والمساندة الاجتماعية الطبيعية، فبمجرد ما يكون الأفراد راغبين فى التغيير وقادرين عليه ومستعدين له، ينطلقون ويقومون به بالاعتماد على أنفسهم.

تتعلق مناقشة العصف الذهنى فى الفصل التاسع بما نحن بصدده هنا، فمن الممكن أن تفيد فى توليد مدى من الخيارات، حتى لو كانت خيارات بعيدة المنال، قبل التحرك نحو الخطة، ويمكن أن تشارك هذه العملية أهداف العميل مع أهدافك. قدم هذا بوصفه مرحلة عصف ذهنى إبداعى، مع تأجيل الحكم مؤقتًا - لا مناقشة لمدى واقعية أو قابلية أو فعالية كل اختيار، حيث يسمح هذا للشخص باقتراح أفكار دون أن يكون مقيداً بنتائجها ويمدنا أيضًا بسياق يمكن داخله اقتراح خيارات دون مقاومة فورية. فإذا كان الخيار الذى اقترحته يؤدى إلى استجابة مقاومة، تمعن واعكس الاهتمام مع تذكير العميل بأنها ليست سوى قائمة مبتكرة من الخيارات وسوف تعود لاحقًا لتقييمها ومقارنتها.

عند اقتراح خيارات التغيير، من الجيد توفير قائمة من الاستراتيجيات فى وقتٍ واحد بدلاً من واحدة واحدة، حيث إن اقتراح خيار واحد يدفع العميل إلى القول ما الخطأ فيه معبراً بشكل أساسى عن عبارات مضادة للتغيير، كما أن توفير القائمة يعطى للعميل توجهًا عقليًا مختلفًا، تقول:

"هنا خيارات متنوعة يستخدمها الناس بنجاح، أيها تفضل؟ أى منها تجده مناسبًا أكثر بالنسبة لك؟"

وتصبح مهمة العميل الاختيار لا الرفض.

٣- الوصول للخطة

تقودنا هذه المناقشة مباشرةً إلى التفاوض حول خطة التغيير بقدر الإمكان، استخرج هذه الخطة من خلال حديث العميل، وفيما يلى بعض الأسئلة المفتاحية (المفتوحة) المفيدة فى هذه الحالة:

"إذن ما الذى تخطط أن تفعله بالتحديد؟"

"ما الخطوة الأولى فى اعتقادك؟"

"كيف ستسلك فيما يتعلق بهذا الأمر؟"

من المفيد مع بعض العملاء ملء خطة تغيير مكتوبة، تلخص ما يخطط العميل لعمله، يعرض الإطار (١٠-٢) أحد النماذج الممكنة.

ما تفعله فى المرحلة الثانية هو خطة موضوعة بوضوح لما سيفعله العميل، وعلى أساس مناقشتك لخص الخطة التى أعددتماها سويًا، والتى تبدو مناسبة لأهداف العميل وحاجاته ونياته ومعتقداته، والأفضل أن يتم ذلك بصيغة المخاطب وفيما يلى مثالان على ذلك:

"إذن، ما تريد أن تفعله هو خفض وزنك وضغط دمك من خلال اتباع نظام غذائى وممارسة الرياضة، تفضل ذلك على الاستمرار على الدواء، ومع ذلك إن لم يكن ذلك فعالاً تعرف أن الدواء يمكن أن يساعدك، تريد أن تجرب ذلك شهرين على الأقل، وستخصص شهراً من الآن لمتابعة هذا الأمر. يوجد ناد صحى بالقرب من منزلك وتنوى الاشتراك فيه اليوم أو الغد ليساعدوك فى عمل خطة تمرين رياضى واقعية. ترغب فى الابتعاد عن المطاعم لفترة، وقد أعطيتك بعض الهاديات لكيفية تجهيز الطعام، كما ترغب فى الاندماج فى دراسة تعلمك صنع طعام صحى وحلو المذاق، وتنوى وزن نفسك كل يومين صباحًا وعمل رسم بيانى، وستحصل على مراقبة لمستوى ضغط الدم لديك؛ ومن ثم يمكنك متابعة ذلك كل يوم على التوالى، هل نسيت شيئًا؟"

"إذن، اسمح لى إذا كان بإمكانى تلخيص موقفك الآن، أردت معرفة الطرق المختلفة التى يستطيع الناس من خلالها تغيير تعاطيهم للكحول، وتحدثنا عن عدد من الخيارات؛ تفكر فى حاجتك إلى الإقلاع تماماً على المدى البعيد، لكنك غير مستعد حقًا لعمل ذلك بدون أن تعطى نفسك فرصة كافية لمحاولة الاعتدال فى الشراب، ونظرت فى خيارات مختلفة وقررت أنك تود التوقف وحدك من خلال أدوات للتحكم الذاتى التى عرضتها عليك. لابد أن نعرف خلال ستة إلى ثمانية أسابيع ما إذا كان ذلك ذا جدوى بالنسبة لك ولابد أن يخبرنا ذلك ما تود معرفته. حتى إذا قررت بعد ذلك أن ما تريده هو التوقف، التقليل من الشراب هو خطوة معقولة على الطريق. إذن، ما ستفعله هو قراءة هذه الأوراق التى أعطيتها لك والبدء فى عمل تسجيلات يومية وتعود بعد أسبوعين لأعرف ماذا كنت تفعل، ناقشنا أيضاً إحضار جان Jan لتلك الجلسة ورأيت أنها ستكون فكرة جيدة. أظن أنك ما زلت عصبيًا بعض الشىء فيما يتعلق بهذه الخطة لكنك ترى أنك بحاجة لعمل تغيير ويبدو أن هذا ما اخترته، هل أنا على صواب؟"

إطار [١٠-٢] ورقة عمل خطة تغيير

أكثر الأسباب أهمية التى تجعلنى أرغب فى عمل هذا التغيير هى:

الأهداف الأساسية بالنسبة لى لعمل هذا التغيير هى:

كى أحقق أهدافى أنوى عمل هذه الأمور:

فعل معين متى؟

يمكن للآخرين أن يساعدونى على التغيير بهذه الطرق:

الشخص	الطرق الممكنة للمساعدة

هذه بعض عوائق التغيير المحتملة، وكيف يمكننى معالجتها:

العائق المحتمل للتغيير	كيف أتعامل معه

سأعرف أن خطتى تنجح حين أرى هذه النتائج:

٤- استثارة الالتزام[١]

مثاليًا، يقودك هذا التلخيص للخطة إلى نقطة الالتزام، حيث تبحث عن موافقة العمل للتصديق على الخطة، وأبسط طريقة للحصول على مثل هذا الالتزام هى سؤاله عن ذلك، والسؤال الأساسى هو: "هل هذا ما تريد فعله؟"

ربما يتطلب الحصول على "نعم" بعض الخطوات الإضافية، وقد يريد العميل تعديل الخطة التى وضعتها. فإذاً كانت الاستجابة التى حصلت عليها تشير إلى انخفاض مستوى الالتزام (مثل، "أظن ذلك" أو "سأفكر فى ذلك")، فمازال لديك بعض ما تقوم به، استكشف ما الذى يجعل العميل مازال متردداً حيال هذه الخطة، واستخدم طرق المرحلة الأولى لحل التناقض الوجدانى.

يمكن زيادة الالتزام بالخطة عن طريق إعلانها، فإذا كان الزوج أو الشريك حاضراً فى الجلسة، يتم الاتفاق بمعرفة هذا الشخص وموافقته، ويمكن اقتراح زيارة العميل لآخرين أو مكاتبتهم أو الاتصال بهم هاتفيًا للسماح لهم بمعرفة القرار وطلب مساعدتهم. ويمكن عمل مثل هذا الاتصال الهاتفى خلال جلسة الإرشاد، فإذا كان للعميل تواصل إيجابى بأعضاء الفريق العلاجى الآخرين داخل العيادة استأذن منه مشاركة خطته معهم أو ربما تستدعيهم للجلسة لحضور وصف العميل للخطة، وكلما أخبر العميل الخطة شفهيًا للآخرين كان التزامه بها أقوى، وهناك أيضًا مساندة اجتماعية واقعية جداً من طلب مساعدة ودعم الآخرين. فإذا بدا أن إخبار الآخرين صعب أو ينطوى على خطورة، قم بتسميع الخطة للعميل فى أثناء الجلسة.

الهدف هنا هو الوصول لخطة واضحة والحصول على قرار لفظى من العميل لاتباع الخطة ومساندة هذا القرار. وقد يكون من المفيد الموافقة على بعض الخطوات الفورية والبدء بها لتنفيذ الخطة.

---

١ Eliciting commitment.

إذا لم يكن العميل مستعداً تماماً للالتزام، فلا تضغط عليه لعمل ذلك حتى لا تقع فى فخ اتخاذ أحد الجانبين فى الخطوة الأخيرة، أحد الخيارات هو التأجيل:

"إذا لم تكن مستعداً تماماً، فلا أريدك أن تتعهد بالالتزام الآن، هذا فى غاية الأهمية، وليس عليك أن تتخذ قراراً هذه اللحظة. اذهب إلى البيت، وفكر فى ذلك ويمكننا التحدث فى ذلك أكثر المرة القادمة"

فى هذه الحالة، قم بمتابعة العميل وابق على اتصال به لتجعل الباب مفتوحاً، وعند العودة للمتابعة، تجنب أسئلة مغلقة من قبيل " هل قررت بعد؟" واسأل بدلاً من ذلك عما يفكر فيه العميل عند هذه النقطة أو ماذا حدث فيما يتعلق بخطته للتغيير.

الانتقال[1]

الالتزام بخطة التغيير يكمل الصيغة الشكلية لمقابلة الدافعية وأحياناً يستمر الأفراد فى عمل التغيير بأنفسهم من هنا. ومع ذلك، من الأفضل أيضاً الانتقال من هذه الاستشارة الأولية للدافعية إلى الإرشاد المتمركز حول العميل إذا كان العميل يختاره. علاوة على ذلك، يمكن استخدام الأسلوب العام لمقابلة الدافعية لتسهيل التغيير خلال عملية الإرشاد. من النادر، بعد كل هذا أن يختفى التناقض الوجدانى فى هذه الخطوة الأولى من الرحلة.

١ Transition.

الهوامش

(1) Miller and C de Baca (2001).

الفصل الحادى عشر

مثال لحالة عملية

وجدنا أن..... شاربى الخمر يودون عدم التعرض للضغوط فى
أى شكل، فيما عدا ضغوط جون باراليكورن John Barleycorn
نفسه، حيث يجب أن يكونوا منقادين وليس مدفوعين....
وجدنا أنه يجب علينا الإسراع ببطء.

- Bill Wilson, 1955, quoted in Ernest Kurtz,
- Not God: A history of Alcoholics Anonymous

ينطوى تدريب مقابلة الدافعية على تكامل إبداعى بين الطرق التى تناولناها، حيث لا توجد سيناريوهات موحدة يمكن اتباعها، فكل شخص حالة فريدة ويواجه تحديات مختلفة.

لهذا السبب ترددنا فى عرض مثال لحالة من البداية إلى النهاية، حيث يوجد القليل الذى يمكن تعلمه من ملاحظة أى مثال لحالة فردية إكلينيكية، فلا توجد حالة معينة يمكن أن توضح التنوع الغنى للمواقف والمشكلات التى ستواجهها أو مدى الطرق التى يمكن من خلالها مواجهة هذه التحديات. ومع ذلك، مازلنا نعتقد أنه من المفيد تقديم مثال مفصل لكيف تتم مقابلة الدافعية. ربما لا يكون المنحى الإرشادى الدقيق المنعكس هنا مناسبًا لأفراد آخرين، ولكنه يوضح كيف تجرى طرق مقابلة الدافعية فى ممارسة فعلية.

الحالة التى نعرضها هنا هى مصور يبلغ من العمر ثمانية وثلاثين عاماً حضر لاستشارة تتعلق بتعاطى الكحول، ولم يبحث من قبل عن مساعدة تتعلق بمشكلة الكحول ولم يكن بالتأكيد مستعداً للإقلاع عن الشراب أو يرغب فى ذلك. لم يكن متأكداً بالمرة أنه حتى بحاجة للتغيير، ولكنْ هناك حدثان شاركا فى مجيئة للإرشاد. كان الحدث الأول هو فحص الطبيب لشكواه من بعض آلام المعدة، وبناءً على هذا الفحص أخبره الطبيب أن شكواه وخلل الذاكرة كليهما يشيران إلى أنه كان يتعاطى الكحول كثيراً، وقد أوصاه الطبيب باستشارة متخصص. أما الحدث الثانى فكان حين ناقش هذا الموضوع مع زوجته، فهى لدهشتها قد عبرت عن قلقها بأن تعاطيه للكحول قد خرج عن السيطرة، وكان مجموع هذه التعليقات كافياً لحفزه نحو حجز الاستشارة:

القائم بالمقابلة: صباح الخير، اجلس هنا لو سمحت، أظن أنك تريد الحديث عن بعض ما يشغلك فى الشرب. أمامنا حوالى خمس وأربعين دقيقة اليوم، وأريد بشكل أساسى أن أسمع منك ما يتعلق بموقفك ومشاغلك. سأحتاج منك لاحقًا بعض المعلومات، ولكن يمكن أن تبدأ الآن بالحديث عن الجوانب التى تشغلك.	يبدأ القائم بالمقابلة بعبارة ذات بنية مختصرة وسؤال مفتوح.
العميل: حسنًا، أصدقك القول لست متأكداً حقًا أن هناك أى أمر يشغلنى، ولكن زوجتى تظن أنى أشرب أزيد من اللازم، حيث أجرى الطبيب بعض الاختبارات لدمى وأخبرنى بأنها تظهر احتمال أننى أشرب أزيد من اللازم. لقد قال "احتمال" ولم أخبر زوجتى إطلاقًا عن هذا الأمر، ولكنها كانت قلقة من شرابى لذلك أخبرتها أننى سآتى إلى هنا، ولكنى لست متأكداً ما إذا كان علي أن أكون هنا.	يعبر العميل فوراً عن تناقض وجدانى يمكن فهمه بسهولة على أنه دفاع.

القائم بالمقابلة: إذن فردان على الأقل، زوجتك والطبيب، قلقان من احتمالية تعرضك للأذى من الكحول، ولكني أتساءل: كيف تجد نفسك؟ هل لاحظت أي شيء يتعلق بشرابك خلال السنوات الماضية يمكن أن يكون سببًا لانشغالك؟ أخبرني شيئًا عن شرابك؟

تمعن بسيط
كان من السهل هنا الوقوع في شرك السؤال – الإجابة من خلال توجيه سلسلة من أسئلة محددة، وبدلاً من ذلك يسأل المرشد مجموعة من الأسئلة المفتوحة.

العميل: أظن أنني ربما شربت كثيرًا خلال السنوات القليلة الماضية.

حديث التغيير، يعرب العميل عن معلومات ممكن أن تكون سببًا للتغيير.

القائم بالمقابلة: إذن، شيء واحد هو ما لاحظته هو أنك تشرب الآن أكثر مما اعتدت عليه؟

تمعن ثم "وماذا بعد؟"

العميل: لا أستطيع فعلاً التفكير في أي شيء آخر، هذا الأمر لا يؤثر حقًا علي جداً، لا أدخل في السكر كثيرًا.

القائم بالمقابلة: على الرغم من أنك تعرف أن شربك ارتفع كثيرًا السنوات القليلة الماضية، لا يبدو أن ذلك أثر عليك أكثر من ذي قبل.

تمعن وتضخيم بسيط

العميل: صحيح، يمكنني الشرب طوال الليل دون أن أسكر، لا يستطيع الآخرون مجاراتي في ذلك.

القائم بالمقابلة: هذا مثير، كيف تقوم بذلك؟

سؤال مفتوح؟

العميل: أعتقد أنه شيء في العائلة، كان والدي كذلك، يمكنه أن يشرب أكثر من معظم رفاقه ولا يبدو أن الشرب أثر عليه.

القائم بالمقابلة: كان مثلك، هل مازال حيًا؟

تمعن وسؤال مغلق.

العميل: لا، توفي بأزمة قلبية منذ سنوات قليلة مضت، ولكن كان ذلك بعد أن توقف عن الشراب.

في هذه الاستجابة إشارة خفية إلى دفاع.

القائم بالمقابلة: لماذا توقف؟

سؤال مفتوح ومعلومات مفيدة، ولكن توجد مخاطرة توجيه كثير من الأسئلة فى صف واحد.

العميل: أرادت أمى أن يفعل ذلك، وقد اعتاد أن يخبر الناس بأنه توقف بسبب الصحة - وأنه أراد أن يفقد بعض الوزن والبيرة تحتوى على كثير من السعرات الحرارية.

القائم بالمقابلة: تظن إذن أن شربك يزداد عبر السنين، وقد لاحظت ذلك. ولا يبدو أن الكحول يؤثر عليك كثيراً كما يؤثر على الآخرين وهو ما كان عليه والدك، ولأن والدك كان كذلك فيبدو أن هذا الأمر موجود فى العائلة.

التلخيص الواصل لحديث التغيير حتى الآن، وقد تم التقاط عبارة الدافعية الممكنة المتعلقة بشرب الوالد.

العميل: هل هذا ممكن؟

القائم بالمقابلة: نعم هو كذلك، وربما يكون ذلك مهماً، ماذا لاحظت أيضاً؟ كيف تشبه الطريقة التى تشرب بها الطريقة التى كان يشرب بها والدك؟

أعطى المرشد إجابة قصيرة وعاد لاستثارة حديث التغيير.

العميل: مؤخراً، كنت أحياناً لا أستطيع تذكر الأمور التى حدثت، سأشرب فى الحفل ثم فى الصباح التالى لا أستطيع تذكر كيف وصلت للمنزل، من المؤسف أن تستيقظ وليس لديك فكرة أين تركت سيارتك.

مزيد من حديث التغيير - عيوب الحالة الراهنة.

القائم بالمقابلة: قد يكون ذلك مخيفًا، خاصةً فى المرات الأولى التى يحدث فيها أعطنى مثالاً.

يتمعن المرشد المشاعر ثم يسأل عن تفاصيل حديث التغيير.

العميل: منذ أسبوعين مضيا، كنت فى الخارج مع بوب وأظن أنى شربت أكثر قليلاً من المعتاد، وكنا نلعب

البليـاردو فى جـولات مـسـتـمـرة، وعندمـا اسـتـيـقـظت فى الصباح لم أستطع تذكر أين كانت سيارتى وتذكرت بداية لعبة واحدة ولم أتذكر كيف انتهت وحين نظرت من النافذة وجدت سيارتى على الطريق وخمنت أننى قدتـهـا إلى هنا فشعرت بالرعب.

القائم بالمقابلة: من أى النواحى؟ — مرة أخرى يطلب القائم بالمقابلة التفاصيل.

العـمـيل: حـسـنًا، تسـاءلت إذا اقـتـرفت أى أمـر غـبـى أظن أننى كنت استيقظت فى السجن. — مزيد من حديث التغيير.

القائم بالمقابلة: بالنسبة للقيادة وأنت مخمور. — إكمال الفقرة.

العميل: لم أعتد السكر، ولكن هذه المرة كنت سكرانًا.

القائم بالمقابلة: ما الذى أزعجك أيضًا ذلك الصباح؟ — يطلب تفاصيل.

العميل: أعرف أن ذلك حدث لأبى أيضًا، فقد أخبرنى عنه.

القـائم بـالمقـابلة: يزعـجك أن نفس الأمـر يحـدث لك، مـاذا يعنى ذلك فى رأيك؟ — مازال المرشد يتمعن (يعكس المشاعر مع طرح سؤال مفتوح من أجل التفاصيل.

العـمـيل: لا أعـرف، حـقًا لـيـست لدي فكرة أكثـر عن ذلك، أتذكر أنه كان يسـتـيقظ فى الصـبـاح يبدو متـوعكًا بعض الشىء ويحتاج للشراب.

القائم بالمقابلة: تشعر بنفسك كذلك أحيانًا. — تخمين – إكمال الفقرة.

العميل: لا، لا أظن أنى شعرت بهذه الحاجة إلى الشراب، لكنى شـعـرت بالسـوء بعض الأيام صـبـاحًـا، ومع ذلك لم أعتد الشرب صباحًا.

القائم بالمقابلة: هذه قاعدة وضعتها لنفسك.

العميل: نعم، فيما عدا مناسبات نادرة، حيث لا أعتقد أنه من الجيد أن تشرب فى الصباح.

القائم بالمقابلة: لماذا ذلك؟

العميل: لاحظت أننى أشعر بتحسن؛ وأتخلص من الخمار ومن الممكن أن يصبح ذلك عادة سيئة، عادةً ما أتحمله إلى أن ينتهى.

تلخيص تجميعى يجمع عبارات حديث التغيير التى ظهرت معًا.

القائم بالمقابلة: إذن حين تتوقف عن التفكير فى ذلك الأمر هناك أشياء كثيرة لاحظتها، يبدو أن شربك يزداد باستمرار خلال السنوات، وتعرف أنك قدت أحيانًا وأنت شارب كثيرًا وقد قلقت زوجتك عليك كما كانت والدتك تقلق على والدك وقد أخبرك الطبيب أن ذلك يؤثر على صحتك، وقد لاحظت أنك مثل والدك يمكنك أن تشرب كثيرًا دون أن تشعر بالسكر كما كان لديك مشكلات فى الذاكرة وأصبت بالخمار فى بعض الأحيان، ولاحظت أنه إذا شربت فى الصباح تشعر بتحسن. أى هذه الأمور تهمك أكثر؟

العميل: صحتى، كما افترض.

القائم بالمقابلة: إذن، إذا وجدت أنك كنت تضر بصحتك فهذا يقلقك. ما الذى يهمك أيضًا؟

العميل: لا أرغب فى نسيان الأشياء.

تأمل، إكمال الفقرة.

القائم بالمقابلة: لا يبدو ذلك سويًا بالنسبة لك.

العـمـيل: لا، لكن لا أعـتـقـد أنـي كـحـولي، أعـرف بـعض الكحوليين وأنا لست كذلك.	مقاومة، ربما استجابة لكلمة "سوى" ويعنى الوقوع فى فخ التشخيص والتسمية.
القائم بالمقابلة: موقفك لا يبدو سيئًا جداً بالنسبة لك.	تـأمل.
العـميل: لا، ليس كـذلك فقـد أقلعت عن الشـراب مـرة دون مشكلة ويمكن أن يكون لدي كأسان من الشراب وأتركهما دون شرب، لدي وظيفة جيدة وعائلة فكيف أكون كحوليًا؟	
القائم بالمقابلة: لابد أن يكون ذلك مربكًا لك كلمـا فكرت فيه، من ناحية يمكن أن ترى بعض العلامات التحذيرية أنك تشرب كثـيـراً كـمـا كـان يشـرب والدك وهذا يقلقك، ومن ناحـيـةٍ أخرى لا تتناسب صورتك حقًا مع صورة كحولي.	تمعن المشاعر، وتمعن ذو جانبين.
العـمـيل: صـحـيـح، أعنـى أن لــدي بعــض المشكــلات، ولكن لست سكيراً.	يستجيب العميل بالاعتراف بكلا الجانبين من التناقض الوجـدانى.
القائم بالمقابلة: ومن ثم لا يبدو أنك بحاجة لعمل أى شيء، لكنك اليوم هنا، لماذا الآن؟	تمعن من خلال إكمال الفقرة ثم سؤال مفتوح.
العـميل: يبـدو أن علي أن أتحـدث مع شـخص مـا، لا أريد تجـاهل ذلك، فـقـد رأيت مـا قـد حـدث لأبى ولا أرغب أن يحدث ذلك لى ولأسرتى.	حديث تغيير.
القائم بالمقابلة: حقًا أسرتك مهمة بالنسبة لك.	تأمل، ومساندة لقيمة مهمة.
العميل: أحب زوجتى وابنى.	
القائم بالمقـابلة: ويبدو أنهمـا يحبانك أيضـًا، حيث اهتمت زوجتك بما يكفى لتخبرك كم هى قلقة بخصوص شرابك، ومع ذلك لا ترى نفسك كحوليًا وتقلق قليلاً على نفسك.	إعادة صياغة وتمعن.
العميل: نعم، أظن ذلك.	

القائم بالمقابلة: لابد أن يكون من الصعب بالنسبة لك أن تقرر المجيء إلى هنا، لابد أنك ترعى نفسك وعائلتك بشكل جيد وأنا أحترمك لكونك تعبر عما بداخلك جيدًا هنا، فليس ما فعلته - المجيء هنا- أمرًا يسيرًا.

توكيد.

العميل: لم أرد حقًا المجيء إلى هنا، هل تظن أنى كحولي؟

مرة أخرى ينفتح شرك التشخيص والتسمية.

القائم بالمقابلة: هذا المصطلح يعنى أمورًا كثيرة بالنسبة لمختلف الأفراد، والمهم حقًا هو أن نتمعن عن قرب ما يجرى هنا، أرى لماذا أنت مهتم وأود مساعدتك فى توضيح الخطورة التى تواجهها، ثم ما تريد أن تفعله حيال ذلك، إذا كان هناك ما تريد فعله.

من المحتمل أن يؤدى قول "نعم" هنا إلى التنافر والمقاومة، ومن ثم أعاد المرشد صياغة المشكلة وتحول إلى الوراء حيث المهمة التى يقبض عليها: استكشاف شرب العميل وتأثيراته.

العميل: ماذا تظن أن علي أن أفعل؟

التعليق :

يعد هذا مثالاً للمرحلة الأولى من استثارة حديث التغيير كوسيلة لبناء دافعية ذاتية للتغيير، وكانت معظم استجابات المرشد حتى هذه النقطة فى شكل أسئلة مفتوحة لاستثارة حديث التغيير أو دلت على إنصات متمعن وتلخيصات لدعم عبارات الدافعية. عند كثير من النقاط كان هناك إغراء بالمواجهة، ولكن المرشد ظل على المواجدة عمومًا متجنبًا الجدال، وغالبًا ما يكون العملاء مندهشين ومرتاحين لهذا؛ فبدلاً من المقاومة يميلون إلى استمرار عملية التقييم الذاتى.

عند هذا الحد، يسأل العميل سؤالاً مهمًا: "ماذا تظن أن علي أن أفعل؟" وعلى المرشد أن يتخذ قرارًا هنا، هل هناك أساس من الدافعية يكفى للبدء فى مناقشة استراتيجيات التغيير؟ إذا كان هذا قد تم فى استشارة عيادية مع طبيب، حيث الوقت محدود تمامًا،

أو إذا كانت هذه فرصة لمرة واحدة فربما يكون من الأفضل محاولة تقوية الالتزام والتفاوض حول الخطة (المرحلة الثانية). ومع ذلك، الخطورة هى أنه لم يتم عمل ما يكفى من المرحلة الأولى، ويمكن أن يوضع المرشد فى دور مقدم الاقتراحات التى سيرفضها العميل (وهو شكل من أشكال شرك اتخاذ أحد الجانبين). فى هذه الحالة، يستشير العميل متخصصاً، ولذلك من الممكن إدخاله فى عملية إرشادية أطول، ومن ثم أحد الخيارات هو الاستمرار فى عمل اللقاء بطرق المرحلة الأولى لعمل تراكم من حديث التغيير الذى قد يستخدم لزيادة التباين. وهناك اختيار آخر وهو استغلال العلاقة العلاجية المحدودة التى نشأت لإدخال العميل فى مزيد من التقييم الذاتى الذى من شأنه أن يقدم مزيداً من الموضوعات للمناقشة. اختار المرشد الطريق الأخير وعرض الانتقال إلى تقييم منظم، ولا يعد هذا التقييم جزءاً جوهرياً فى مقابلة الدافعية، ولكن فيما يلى توضيح لكيف يمكن أن تتكامل نتائج التقييم مع عملية مقابلة الدافعية:

العميل: ماذا تظن أن علي أن أفعل؟

القائم بالمقابلة: هناك عدد قليل تماماً من الخيارات، ومن الممكن أن أساعدك فى التفكير فى خياراتك الآن إذا كنت تريد ذلك، ولكن لو كنت تريد رأيى أعتقد من الواجب علينا أولاً الحصول على صورة أفضل لموقفك الراهن، فما أخبرتنى به يظهر بعض الهواجس، لكننا لا نعرف حقاً ما يكفى بعد لاتخاذ قرارات جيدة، ومن ثم أقترح أن نمضى بعض الوقت فى الفحص الجيد. هناك بعض الاستبيانات يمكن أن تجيب عليها وسأقضى ساعتين معك للحصول على مزيد من المعلومات المفيدة، وبعد ذلك عندما يكون لدينا صورة أوضح عما يحدث بالضبط فى حياتك يمكن التركيز على خياراتك. ما رأيك؟ هل أنت مهتم كفاية لقضاء ساعتين فى مزيد من الكشف عن نفسك؟

ملأ العميل عدداً من الاستبيانات فى المنزل، وفى هذه الحالة قدم المرشد تقييماً عن ممارسات الشرب، ومن الممكن بالطبع، إجراء تقييم أبسط أو عمل مقابلة دافعية دون تقييم معين. ضمنت هذه المادة هنا لتوضيح كيف يمكن استخدام أسلوب مقابلة الدافعية لتقديم مردود تقييمى[1]. نعرض هنا قدراً من لقاء تالٍ تم فيه توفير هذا المردود وأعطى للعميل تقريراً مكتوباً ليتبعه فى الوقت الذى راجع فيه المرشد النتائج.

القائم بالمقابلة: أقدر لك الوقت والاهتمام اللذين أوليتهما لهذه الاختبارات، ما أريد أن نفعله الآن هو مراجعة النتائج سوياً، تذكر أننا تابعنا خلال أسبوع عادى تماماً وسجلنا شرابك الذى وصل إلى حوالى ثلاثة وخمسين مشروباً معيارياً فى الأسبوع مع "مشروب" واحد منتظم عبارة عن كأس بيرة أو نبيذ أو ما شابه، فإذا قارنا ذلك بكل الشعب نجد أنك تشرب أكثر من ٩٥٪ من الراشدين، فماذا يمثل ذلك بالنسبة لك؟

يمثل هذا أسلوب مقابلة الدافعية لتقديم النتائج، حيث توضح درجة العميل بالنسبة للبيانات المعيارية بدلاً من الحديث عما نعتقد أو كيف نشعر اتجاه النتيجة، ويطلب من العميل الاستجابة لذلك، ثم يتم تمعن هذه الاستجابات.

العميل: يبدو لى كثيراً، فأنا لم أعد ما شربت من قبل، ولكنى لا أرى نفسى مثقلاً فى الشراب.

القائم بالمقابلة: أنت متفاجئ.

يستخدم المرشد تمعناً بسيطاً بدلاً من المواجهة.

العميل: نعم! أعرف أنه عندما سألتنى عن كم ما أشربه فى المعتاد بدا كثيراً، ولكنى أشرب تقريباً بالقدر الذى يشرب به معظم أصدقائى.

القائم بالمقابلة: إذن يعد هذا مربكاً بالنسبة لك، من ناحية يمكن أن ترى هذا كثيراً، وهذه التقارير تقول إنه أكثر مما يشرب ٩٥٪ من الراشدين، ومع ذلك يبدو الأمر طبيعياً بين أصدقائك، كيف يمكن أن يكون كلاهما صحيحاً؟

تمعن مزدوج الجانبين.

العميل: أظن أننى أشرب مع أعلى من ٥٪ من الشاربين.

القائم بالمقابلة: يثقل أصدقاؤك فى الشرب جداً.

كان من الأفضل أن يخفف المرشد هذا التمعن.

العميل: لا أعرف ما يتعلق "بالثقل"، أظن أننا نشرب أكثر من حصتنا.

القائم بالمقابلة: لدينا أيضاً برنامج كمبيوتر يقدر مستويات الكحول فى الدم بناءً على أنماط الشرب، معظم الشاربين يتوقفون بين عشرين إلى خمسين على هذا المقياس، والخمسين هنا تعنى ٠,٠٥ وهى كمية تكفى لإلحاق الضرر بقيادة السيارة. تقديرنا أنك وصلت إلى ١٧٩ وحدة أو ١٧٩, ٠ على مدار أسبوع عادى تماماً من الشراب، وهو أعلى ثلاث مرات من الحد الأعلى الذى يصل إليه معظم شاربى الخمر ويدخل فى مدى السكر الذى تمنع معه القيادة.

العميل: تقصد كل أسبوع؟

القائم بالمقابلة: مما أخبرتنى به، نعم، هذا صحيح، أعتقد أنك قلت إن هناك ثلاث ليالٍ فى الأسبوع وصلت إلى هذا الحد.

العميل: لا يمكن أن يكون ذلك صحيحاً، لم أشعر أبداً بالسكر وأقود إلى البيت طوال الوقت، ولم تحدث لى أى مشكلة.

مقاومة: تحدٍ

القائم بالمقابلة: يبدو لك أنه لابد من وجود شىء ما خطأ فى الكمبيوتر.

تمعن تضخيمى بدون نبرة سخرية أو تهكم.

العميل: حسناً، لا، لكن لم أشعر أبداً بذلك السكر.

يتراجع العميل قليلاً.

القائم بالمقابلة: لا يمكن أن تفهم كيف يمكن أن يصبح الكحول كثيرًا فى جسمك دون أن تشعر به. | القبول مع الانعطاف.

العميل: هل هذا ممكن؟

القائم بالمقابلة: ليس ذلك فقط، إنه أمر شائع بين الذين يثقلون فى الشراب ويسمى "تحمل"[1]، فعلى الرغم من أن معظم الناس يرونه بوصفه "كونك قادرًا على مواصلة الشراب"، تحدثنا عن ذلك فى أول مرة رأيتك فيها. | توفير معلومات

العميل: إذن يمكن أن أشرب كثيرًا ولا أشعر بذلك؟

القائم بالمقابلة: هذا صحيح، يمكن أن يصبح مستوى الكحول مرتفعًا جدًا فى دمك - بما يكفى لجعل القيادة غير آمنة، وربما أيضًا يسبب ضررًا لأعضائك الداخلية - ولكنك لا تشعر أنك مخمور.

العميل: هل أقود وأنا فى حالة سكر ثلاث مرات فى الأسبوع؟

القائم بالمقابلة: هذا ما يبدو، ما رأيك فى ذلك؟

العميل: أظن أننى كنت محظوظًا.

القائم بالمقابلة: الآن هذه الدرجة لأوقات الشرب الثقيل التى تحدثنا عنها، فى واحد من نهايات الأسبوع قدرنا أنها وصلت إلى ٢٢٠ وحدة أو ٢٢, ٠ وهذا دال تمامًا، لأن هذا هو المدى الذى يحدث فيه فقدان للذاكرة.

العميل: واو!

---

١ Tolerance.

القائم بالمقابلة: يبدو ذلك مرتفعًا بالنسبة لك. — تمعن بسيط

العميل: أنا فقط............ لم أفكر أبدًا في هذا.

القائم بالمقابلة: حسنًا، لهذا نفعل ذلك، وأقدر لك كيف أجبت بأمانة على هذه الأسئلة، ويمكن أن أفهم، مع ذلك، أن ذلك صعب بالنسبة لك فقد رأيت ذلك مع أفراد كثيرين وهو أمر قاسٍ أن تنظر إلى نفسك في مرآة كهذه، هل تريد أن نتابع؟ — توكيد — طلب الإذن.

العميل: موافق.

القائم بالمقابلة: المقياس التالي هو مقياس تقريبي لتأثيرات الكحول في حياتك، وهي عدد الموضوعات التي سبب لك فيها الكحول مشكلات، حصلت على درجة ١٨ وهي تقع في وسط المدى الذي نطلق عليه "مشكلات دالة" - ليست مرتفعة تمامًا، ولكن لها تأثيرات أكثر من متوسطة أو معتدلة، فهل يمثل هذا فرقًا بالنسبة لك؟ — توفير معلومة

العميل: تقريبًا، أظن ذلك.

القائم بالمقابلة: حسنًا، لا أعرف ماذا ستفعل في النتيجة التالية التي تعكس الدرجة التي تعتمد فيها على الكحول، تصبح معتمدًا عليه، فدرجتك هنا في قاع المدى الذي نطلق عليه " أعراض نهائية ودالة للاعتماد "، ويعني ذلك، تقريبًا، أنك بدأت تظهر بعض العلامات الدالة على الاعتماد على الكحول، ومع ذلك مازال أمامك طريق تقطعه قبل أن تدخل في مشكلات حادة. — توفير معلومات

العميل: هل تعني أني مدمن؟

القائم بالمقابلة: ليس الأمر ببساطة أنك مدمن أو لا، فالاعتماد أمر يحدث بشكل تدريجي فى خطوات أو درجات، ويخبرك هذا إلى أى مدى وصلت فى طريق الاعتماد ويعنى بالتأكيد أن شيئاً ما يحدث هنا، وهو أنك بدأت تظهر علامات الاعتماد على الكحول.

توفير معلومات

العميل: لا أرغب فى ذلك إطلاقاً.

القائم بالمقابلة: أنت لا تحب فكرة كونك معتمداً على الكحول.

العميل: معتمد على أى شيء.

القائم بالمقابلة: تحب أن تكون مسئولاً عن نفسك، متحكماً.

العميل: نعم.

القائم بالمقابلة: حسناً، نحن لا نتحدث عن مشكلة حادة بعد، يزيد الاعتماد عبر السنوات أحياناً بمعدل سريع وأحياناً أخرى بشكل أسرع، أنت الآن فى المدى المتوسط فحسب، ولكن يبدو هذا الأمر يشغلك حقاً.

يتخذ المرشد هنا جانب الحالة الراهنة معرباً عن الجانب القائل "ربما لا يكون الأمر سيئاً للغاية" فى التناقض الوجدانى.

العميل: (بعد فترة صمت). دعنا ننتقل إلى التالى.

القائم بالمقابلة: أنا قلق أن أعطيك معلومات جديدة كثيرة للغاية هنا، هذا صعب ولا أريد أن أعطيك أكثر من اللازم مرة واحدة، فهل تريد مزيداً من الوقت لأخذ هذه المعلومات أو الحديث عنها؟

يقدم المرشد مساندة وبعض الاختيارات الشخصية حول كيفية الاستمرار.

العميل: لا، لا بأس، دعنا نمض قدماً.

تعليق:

من الممكن أن تكون عملية توفير المردود هذه صعبة بالنسبة للعميل، ومن ثم توجد حاجة للمواجدة من قبل المرشد خلال هذه المرحلة، والمردود من هذا النوع من الممكن أن يكون مفيداً تماماً فى تنمية التباين وإدراك الحاجة للتغيير. من الشائع أن تواجه بعض النتائج بالمقاومة ولابد من أن نستجيب لهذه المقاومة بالمواجدة بدلاً من المواجهة (انظر الفصل الثامن). وفى ختام هذه العملية يشير المرشد إلى استعداده للإجابة على أى أسئلة ثم يلخص المردود ويضمه مع مشاغل العميل الذاتية التى أعلن عنها، تمهد هذه الإعادة للصياغة الطريق لتوجيه الأسئلة المفتاحية (انظر الفصل العاشر).

القائم بالمقابلة: لقد غطينا جزءاً كبيراً من الموضوع، وأتساءل ما إذا كان هناك أى شىء تود أن تسألنى إياه – أى شىء تتساءل عنه حتى الآن، أو أى شىء آخر تود معرفته.

دعوة لتلقى معلومات ونصائح

العميل: حسناً، نعم. هل هناك شىء يمكن أن أكون ورثته من أبى؟

القائم بالمقابلة: هناك دليل قوى على أن الأفراد من الممكن أن يرثوا الاستعداد للوقوع فى مشكلات مع الكحول، وهو أمر مختلف عن وراثة حالة تدعى "الكحولية"، الأمر يشبه أكثر استعداداً لوراثة ضغط الدم المرتفع وأمراض القلب، فضغط دمك يُحدد جزئياً من خلال الجينات، ولكنه يتأثر أيضاً بالنظام الغذائى والتمرينات الرياضية ومستوى المشقة التى تتعرض لها واستخدامك للملح وهكذا. والشراب يشبه ذلك أيضاً، حيث يبدو أن الرجال الذين لديهم أقرباء بيولوجيون ذوو مشكلات فى الشراب أكثر عرضة لهذه المشكلات كما يعد التحمل عامل خطورة أيضاً.

العميل: إذن، أنا أكثر عرضة.

القائم بالمقابلة: هو كذلك حقًا، لديك سبب أكثر من معظم الناس لتكون حذرًا فى شرابك، هل هناك أى شىء آخر تتساءل عنه؟

العميل: لا أظن.

في تلخيصه يجمع المرشد موضوعات حديث التغيير التى ظهرت عبر المقابلتين.

القائم بالمقابلة: إذن، اسمح لى أن أحاول تلخيص أين نحن الآن، ويمكنك أن تنبهنى إذا نسيت شيئًا؛ لقد جئت إلى هنا بإيعاز من زوجتك جزئيًا بسبب طبيبك وجزئيًا لأنك كنت منشغلاً بنمط شرابك، وعلى الرغم من أنه لم يكن لديك أى فكرة عن ذلك من قبل، كنت واعيًا أن شرابك يزيد خلال السنوات الماضية، وهو الآن أزيد من خمسين شرابًا فى الأسبوع العادى، وكنت واعيًا أيضًا بأن شرابك أزيد من الآخرين ويبدو أن لديك تحملاً جوهريًا على الكحول ويمكنك أن تشرب كثيرًا دون أن تشعر بالسكر، حتى لو كان لديك - كما ناقشنا اليوم - فى مجرى دمك من الكحول ما يكفى ليؤثر عليك ويسبب لك بعض الضرر. أنت تريد الاعتناء بنفسك ومهتم بصحتك وتشير اختبارات الدم التى أجراها الطبيب إلى أن جسمك قد تضرر من الشراب ولديك بالفعل بعض المشكلات المرتبطة بالشراب وهناك بعض المؤشرات أنك تصبح معتمدًا على الكحول لاسيما عندما تريد أن تتعامل مع الناس أو تغير ما تشعر به. وفى نفس الوقت، لا تعتقد أنك كحولى، وفى الماضى كنت تفترض أنه إذا لم تكن كحوليًا فليس لديك ما يقلقك بخصوص الشراب وأنت لا تحب فكرة كونك معتمدًا على أى شىء. حدث لك مرات خمار سيئة وأنت مهتم بتأثيرات الكحول على ذاكرتك. أعرف أنك فكرت فى مسألة أن

طريقة شرابك تشبه طريقة شراب والدك من بعض النواحى وهذا يقلق. وقد تحدثنا عن تاريخك العائلى وكيف من المحتمل أن تكون أكثر عرضة من معظم الأفراد للتأذى من الكحول، وتريد التأكد أن شرابك لا يضر أسرتك لأنك تعرف كيف يكون هذا الضرر، هل هذا تلخيص منصف؟

العميل: نعم، فيما عدا أننى لا أعتقد عندما أتيت هنا أننى كنت أشرب أكثر من الآخرين.

القائم بالمقابلة: حسنًا – لقد نسيت ذلك، لقد بدا أن شرابك كان طبيعيًا بشكل مثالى. — تضخيم التمعن.

العميل: حسنًا، ربما لا يكون طبيعيًا، ولكنه ليس مرضيًا أيضًا، لم أعتقد فى ذلك.

القائم بالمقابلة: الآن تفكر فى ذلك، فقد أعطيتك كثيرًا من المعلومات وبعضها جديد فعلاً، فما الذى تفكر فيه عند هذا الحد؟ وماذا تفعل فى كل ذلك؟ — سؤال مفتاحى.

العميل: نوعًا ما، فلم أعتقد أن لدي مشكلة، على الأقل ليس بهذا السوء.

القائم بالمقابلة: لم تكن تتوقع أن تسمع هذا ويمكن أن أرى كيف يمثل ذلك مشقة بالنسبة لك، ومع ذلك اسمح لى أن أضع ذلك فى الاعتبار. بكل تلك المقاييس أنت تقريبًا فى منطقة رمادية، منطقة حدودية، والخبر الجيد هو أنك أدركت ما حدث من قبل أن يصبح أى من هذه المشكلات حاداً، والذين يكتشفون ما يحدث ويفعلون شيئًا فى الوقت — تمعن — إعادة صياغة

دعم الكفاءة الذاتية

المناسب يمكن أن يتفادوا ضرراً جسيماً. ينتظر بعض الناس حتى يلحق بهم ضرر حاد أو يتعذر تفاديه وأنت لم تنتظر، الأمر مثل كثير من المشكلات الأخرى: كلما تعاملت معها مبكراً، كانت هناك فرص أفضل لإصلاحها والبقاء بصحة جيدة.

العميل: ماذا سأفعل فى نهاية الأسبوع إذا تركت الكحول؟ (استبصار)[1].

القائم بالمقابلة: من الصعب تصور كيف ستكون الحياة مختلفة.

تعليق:

هنا نقطة اختيار أخرى؛ لابد أن يقرر المرشد ما إذا كان يضغط فى اتجاه وضع الأهداف والتفاوض حول خطة التغيير والحصول على الالتزام. فمن الممكن متابعة طرق المرحلة الأولى، ربما من خلال عمل ورقة توازن قرارى بمزايا ومساوئ التغيير. والسؤال هو: ما استعداد العميل للتغيير؟ كثير من العلامات الموضحة فى الإطار [١٠-١] (الفصل العاشر) ظاهرة. هناك قليل من المقاومة ويوجه العميل بعض الأسئلة عن المشكلة، فى بعض حديث التغيير، كان من الممكن أن يسعى المرشد عند هذه النقطة إلى استثارة المزيد (مثل، "ما أهم الأمور التى تستدعى الاهتمام هنا فى رأيك؟" بالنسبة للأمور التى تحدثنا عنها، ما أكثر الأسباب أهمية لعمل التغيير؟ ما الذى تعتقد أنه سيحدث إذا لم تغير تفكيرك؟"). هناك مؤشر لكيف يرى العميل الحياة بدون كحول، حيث تشير الهاديات اللفظية عند هذه النقطة إلى نوع من الاستسلام والتخلى الحزين. يقرر المرشد جس النبض مع سؤال مفتاحى عن التغيير.

---

١ Envisioning.

القائم بالمقابلة: إذن ماذا يعني ذلك بالنسبة لشرابك؟ ماذا يحدث الآن؟	سؤال مفتاحي.
العميل: حسنًا، أريد أن أفعل شيئًا، ولا أريد لذلك أن يستمر.	حديث تغيير.
القائم بالمقابلة: وما الخيارات في قائمة "فعل شيء ما" هذه؟ ما الخطوة التالية؟	سؤال مفتاحي
العميل: أظن أن علي عمل شيء يتعلق بالشرب - سواء خفضه أو الإقلاع عنه.	يفتح العميل عملية تفاوض من خلال مناقشة الأهداف.
القائم بالمقابلة: واحد من الخيارين.	
العميل: حسنًا، لن أسمح لذلك أن يستمر فحسب! فلو بقيت على الشرب هل سيكون كل ذلك أسوأ؟	حديث تغيير.
القائم بالمقابلة: محتمل.	
العميل: من ثم سأحصل على شيء من التغيير سواء خفضت الشراب أو أقلعت عنه.	
القائم بالمقابلة: ما رأيك في هذين الخيارين؟	
العميل: إذا كان لدي الخيار، سأفضل أن أخفض الشراب فحسب، سأرغب في الشراب أحيانًا.	
القائم بالمقابلة: يعد الشراب مهمًا بالنسبة لك.	تمعن مضخم.
العميل: ليس مهمًا، حقًا، فقط أستمتع بالشراب، وأشعر بغرابة الجلوس حين أحتسي مشروبًا غازيًا بينما يشرب كل الناس.	استبصار

القائم بالمقابلة: لن يكون ذلك مريحًا بالنسبة لك؛ ستشعر بأنك غريب عن المكان.

العميل: نعم، ليس ذلك خطيرًا للغاية على ما أظن، فقط لن أقلع عنه إذا لم يكن علي ذلك.

القائم بالمقابلة: لكن إذا كان واضحًا بالنسبة لك أنه لابد من الإقلاع مرة واحدة فسيمكنك ذلك.

تدعيم للكفاءة الذاتية.

العميل: بالتأكيد، إذا كنت أعرف فعلي عمل ذلك.

القائم بالمقابلة: كيف ستعرف ذلك؟

يستمر المرشد فى ترك الحلول واتخاذ القرار للعميل.

العميل: أظن سأجرب أمرًا ما، وأرى ما إذا كان سينجح.

القائم بالمقابلة: ما مدى المساعدة التى تريدها؟

العميل: ما نوع المساعدة؟

القائم بالمقابلة: أعنى المساعدة من أفراد آخرين – مساندة أو إرشاد أو أفكار أى نوع منها. كم تود تجريب ذلك بنفسك وكيف سيساعدك ذلك للحصول على بعض المساندة؟

العميل: لا أدرى لم أحاول أبدًا، أحب أن أعالج الأمور بنفسى، وأعتقد أنى سأستطيع عمل ذلك، ولكن ربما ساعد فى ذلك الحديث مع أشخاص آخرين أيضًا.

القائم بالمقابلة: إذن ربما ستنفتح علي بعض المساندة إذا قررت تغيير شرابك.

العميل: نعم، أعتقد ذلك.

القائم بالمقابلة: ما الذى ستفعله فى رأيك؟ — سؤال مفتاحى.

العميل: أنت الخبير ما الذى يمكن أن أفعله؟ — طلب معقول، ولكن احذر شرك الخبير.

القائم بالمقابلة: يمكن أن أخبرك ببعض الأمور التى جربها آخرون بنجاح، لكنك الخبير بنفسك وكل ما يمكننى فعله هو إعطاؤك أفكار ربما يمثل بعضها فرقًا بالنسبة لك وربما لا يمثل البعض ذلك وأنت الوحيد الذى يقرر ما يفعله. فهل تريد بعض الأفكار؟ — البدء فى عرض فكرة القائمة — دعم التحكم الشخصى — طلب إذن بإعطاء مشورة.

العميل: بالتأكيد.

القائم بالمقابلة: أولاً، قرارك عن تخفيض الشراب مقابل الإقلاع عنه، فبعض الأفراد ينجحون فى خفض شرابهم عند الحد الذى لا يسبب لهم المشكلات، بينما يجد آخرون أنه من الضرورى أو الأيسر أن يتوقفوا تمامًا، أنت لست متأكدًا أى السبيلين تسلك.

العميل: لا، ماذا تعتقد؟

القائم بالمقابلة: يجب أن تتخذ أنت القرار؛ لا يمكن أن أتخذه بدلاً منك، ولكن يمكن أن أخبرك ما أرى. — التأكيد على التحكم الشخصى وتجديد الإذن.

العميل: لو سمحت، ليس علي أن أفعل ذلك لمجرد أنك تقوله.

القائم بالمقابلة: اتفقنا، أظن لو أنى كنت مكانك أعتقد أننى سأكون مهتمًا بالأمور التى ستصبح أسوأ، بما فيها التأثيرات الصحية التى تحدث عنها الطبيب. والطريقة الأكيدة لعكس هذه المشكلات وجعلها تعود للخلف ناحية السواء هى فترة من التوقف الكامل، لو أمكنك التحكم فى الشراب. — تحدٍ شخصى.

العميل: أوه، يمكننى التحكم فيها جيداً، كم المدة التى تعتقد أنه يجب علي تجنب الخمر فيها؟

القائم بالمقابلة: من الصعب القول، على الأقل مدة كافية لجسمك للعودة إلى السواء، ويمكن القول إن ثلاثة شهور ستكون بداية جيدة، وربما من المفيد تكرار بعض هذه الاختبارات بعد ذلك لنرى أحوالك.

العميل: وإذا لم أتوقف لن أصبح أفضل؟

القائم بالمقابلة: لا يمكننى قول هذا على وجه اليقين، يمكن أن تأخذ فرصتك، لكنى أعتقد أن الطريقة الأكيدة والأسرع لتصحيح الضرر هى أن تأخذ إجازة من الكحول، هذا رأيى ولا أعرف كيف يبدو ذلك بالنسبة لك.

العميل: وبالتالى عندما أكون بصحة جيدة مرة أخرى يمكننى أن أبدأ فى الشراب مرة أخرى إذا أردت ذلك؟

القائم بالمقابلة: الواقع يمكنك أن تبدأ بالشراب فى الوقت الذى تريد، ولا يستطيع أن يوقفك أحد، وليس السؤال ما إذا كنت تستطيع السؤال الفعلى هو ما الذى سيحدث، وكما أخبرتك بعض الناس يكونون حذرين فى شربهم ويتحكمون فيه. والخطر، بالطبع، هو الوقوع فى العادات القديمة والشرب بالطريقة التى تدمر صحتك وأسرتك مرة أخرى. ولكن ليس عليك اتخاذ هذا القرار الآن ويمكنك أن تقرر بعد فترة الإجازة، وربما تجد أنك تحب التوقف عن الشراب!

تأكيد التحكم الشخصى

تأجيل القرار.

العميل: ولكن الآن علي أن أتوقف.

تلميح لإبراز القرار.

القائم بالمقابلة: سألتنى عما أعتقد، لم أقل لك إن عليك فعل هذا، ولكن هذا فقط ما أعتقد أنه الأفضل. ما تفعله يرجع لك، ما تعتقده ستقوم به؟

يتجنب المرشد تحمل المسئولية عن جانب التغيير لتناقض العميل ويعيد التأكيد على السيطرة الشخصية.

العميل: يبدو أن ذلك أأمن شيء يمكن فعله.

القائم بالمقابلة: إذن اسمح لى أن أطرح عليك هذه الأسئلة:

ما الذى يقف فى طريق توقفك؟ إذا قررت أن تترك الكحول، على الأقل فترة من الوقت، ما الذى يجعل ذلك صعباً؟

العميل: أصدقائى، كثير من الوقت الذى قضيته معهم كان فى الشرب، ولا أعرف كيف أعالج ذلك.

القائم بالمقابلة: ماذا يمكن أن تفعل؟

العميل: ربما أقضى مزيداً من الوقت مع أصدقائى الذين لا يشربون أو أبقى بعيداً عن البارات وأراهم وهم لا يشربون.

القائم بالمقابلة: هل يمكنك معالجة ذلك؟

تحدٍ شخصى.

القائم بالمقابلة: ماذا أيضاً سيكون صعباً؟

العميل: أحب أن أشرب، لكنى أظن أنها ليست مشكلة كبيرة، فقط علي أن أذكر نفسى أن الإقلاع عن الشراب مهم.

القائم بالمقابلة: اسمح لى أن أسألك: ما الذى سيحدث فى رأيك إذا لم تغير من شرابك؟ ما الذى سيحدث من خمس إلى عشر سنوات قادمة فى حياتك وأنت تشرب كما كنت؟

يفترض المرشد وجود تناقض وجدانى متصل وينتهز هذه الفرصة لدعم الدافعية من خلال النظرة إلى الأمام.

العميل: أظن أن كل الأمور التى تحدثنا عنها يمكن أن تسوء – كبدى وذاكرتى وأعتقد أن أسرتى ستقضى وقتًا عصيبًا – لا أرغب فى الحديث عن فقدانهم، ربما أفقد عملى أيضًا إذا ساء الأمر بما يكفى، ليس من الممتع كثيرًا التفكير فى ذلك.

القائم بالمقابلة: كيف تشعر تجاه شرابك هذه اللحظة؟

العميل: لا يبدو لى مقبولاً للغاية.

القائم بالمقابلة: أمر آخر، عادة ما تكون هناك صورة أكبر من مجرد الشراب، ماذا أيضًا يجعلك ترغب أن تصبح الأمور مختلفة؟ ما التغييرات الأخرى التى تود أن تراها؟

العميل: أرغب أن أكون أفضل دائمًا مع زوجتى.

القائم بالمقابلة: إذن، ربما يكون من الأفضل بالنسبة لكما التحدث مع شخص ما سويًا للعمل على علاقتكما، هل كلاكما سيرغب فى ذلك؟

العميل: أظن ذلك.

تعليق:

عند هذا الحد، يراجع المرشد مع العميل مدى الخيارات المتاحة لمساعدته فى تنفيذ خطته، وقد عبر العميل عن تفضيله لـ"أفعل ذلك بنفسى" غير أنه أظهر بعض الاهتمام بالعودة لجلسات المتابعة مع زوجته، يكمل المرشد مع تلخيص الخطة.

القائم بالمقابلة: إذن، اسمح لى التأكد من أننى فهمت ما تريده، لقد قررت أنك تريد أخذ فترة راحة من الكحول على الأقل لمدة ثلاثة شهور وستذهب للمنزل وتشرح ذلك لزوجتك، تعتقد أنه من الأفضل لكما أن تأتيا معًا وتكونا قادرين على فحص ما تفعلانه معى. تحب فكرة كونك قادرًا على تحقيق ذلك بنفسك لذلك لا تريد حتى الآن تجريب أنواع أخرى من المساندة، ومع ذلك فقد قلت إن لم ينجح هذا وعدت إلى الشراب مرة أخرى خلال الثلاثة شهور القادمة بالتالى سنتحدث عن بعض المساندة الإضافية. ستأتى السبت القادم مع زوجتك لذلك من الممكن مراجعة الخطة معها، ثم سنقرر ما نفعله وقتها، هل هذا ما تريد فعله؟

العميل: نعم، أظن ذلك.

القائم بالمقابلة: مازلت تبدو مترددًا قليلاً، وأظن أن هذا مفهوم، فهذا تغيير كبير لك، ما الذى يوجد فى هذه الخطة يجعلك عصبيًا؟ هل نسيت شيئًا؟

تمعن التناقض الوجدانى.

العميل: حقًا لست "عصبيًا" من شىء فى الخطة، لا، إنها جيدة. كنت فقط أفكر فى بعض الأوقات الممتعة التى عشتها.

القائم بالمقابلة: والأمر صعب لأنك تزنها مقابل صحتك وأسرتك والأوقات الممتعة المنتظرة، من الصعب أن تدعها تمر.

تمعن (إكمال الفقرة).

العميل: ولكن هذا ما يجب علي فعله.

القائم بالمقابلة: لا، ليس عليك أن تفعل، ينجح الأمر
فقط إذا اخترت أن تفعل ذلك، إذا أردت ذلك بما
فيه الكفاية، فهل هذا ما تريد؟

تأكيد السيطرة الشخصية.

العميل: نعم، هو كذلك.

القائم بالمقابلة: إذن سأراك وزوجتك السبت المقبل.

هذا فقط مثال واحد لكيف تجرى مقابلة الدافعية فى الممارسة، وهناك مناحٍ مختلفة كثيرة يمكن اتباع المبادئ الأساسية لمقابلة الدافعية من خلالها. تعد هذه الحالة توضيحية لبعض النقاط المختارة التى تظهر وكيف يجريها المرشد الماهر. ما يتحدى إبداعك هو تطبيق المبادئ العامة لمقابلة الدافعية مع كل شخص منفرداً.

الهوامش

(١) لمزيد من التفاصيل حول كيفية ضم مقابلة الدافعية ومردود التقييم، انظر:

Miller, Zweben, DiClemente and Rychtarik (1992).

الفصل الثانى عشر

اعتبارات أخلاقية

ليس لدي الحق فى أن أرغب فى تغيير شخص آخر إن لم
أكن منفتحًا لأتغير.

مارتن بوبر **Martin Buber**

منغصات[1] أخلاقية فى مقابلة الدافعية

نعم "منغصات"، إنها مسائل انحرفت عن مسارها. تتعلق المسائل الأخلاقية باستخدام التأثير[2]، وبهذه الطريقة فهى تنطبق على كل أشكال الإرشاد والعلاج النفسى، بل ربما أيضًا على كل مجالات التفاعل الإنسانى. إن المسائل الأخلاقية المهمة محورية تمامًا عندما يجبر المرء الأفراد على عمل ما لا يريدون عمله (أو ما كانوا ليعملوه دون تدخلنا).

تبرز مثل هذه القضايا، بشكل خاص بعض الشىء، مع مقابلة الدافعية، فعلى الرغم من تأكيدنا القوى على مبادئ الاحترام والخير والاستقلالية، تظهر مشكلة التأثير غير الضرورى (التلاعب) فى المناقشات والتدريب، ويظهر ذلك جزئيًا، لأن مقابلة الدافعية

---

١ Itches.

٢ Influence.

تعنى بتغيير ما يريده الشخص، فأمنيات الفرد هى معيار طبيعى تقاس على أساسه الممارسة الأخلاقية، ولكن ماذا عن الطرق التى نسعى بها لتغيير أمنيات الشخص ذاتها؟

بالطبع، ليس هذا وضعًا غير مألوف، تقريبًا جميع سبل التسويق والإعلان تكون مركزة لجعل الناس تريد أمورًا معينة معظمها ليسوا فى حاجة إليها بالفعل. تتعلق الأديان والمدارس و"متحدثو الدافعية" جزئيًا بغرس قيم معينة تجعل الناس يفضلون اختيار أحد الخيارات عن الآخر. هناك الكثيرون الذين يريدونك أن تريد ما يعرضونه عليك، ومن سيفعلون ما يمكنهم لزيادة أهمية ما يعرضونه فى عينيك.

أحيانًا ما ينتبه المرشدون والمعالجون النفسيون إلى ما يفعلون ليكونوا متحررين من القيم أو على الأقل موجهين ناحية قيم العميل بدلاً من قيمهم الخاصة. لذلك فإن التغيير المقصود لقيم الناس وما يريدونه يمكن أن يكون مجالاً لمنغصات أخلاقية، فهو يثير أسئلة ومضايقات وهمومًا جديرة بالاهتمام.

وفى الواقع ليس هناك خطأ فى ذلك، ولكننا نقلق لو مارس أحد مقابلة الدافعية دون أن يشعر بمنغصات أخلاقية أو يرى مثل هذه المشاغل بوصفها ليست مشكلة. تمامًا كما أن السلوكيات الإدمانية تمدنا بعدسات واضحة بشكل خاص ندرس من خلالها عمليات الإرادة والتغير الإنسانى، فإنه يبدو أن مقابلة الدافعية تدفعنا للدخول إلى بؤرة أوضح للقضايا الأخلاقية عن التأثير داخل الإرشاد.

تطلعات[1] العميل

هناك اعتبار أولى هو ماذا يريد العميل ويأمل من الإرشاد، أحيانا ما يكون هذا واضحًا أو على الأقل ظاهرًا من السياق، فالشخص الذى يطلب المساعدة من محاسب أو خدمة ائتمان المستهلك يريد على الأرجح الحصول على بعض المساعدة فى الشئون المالية. كذلك فالشخص السائر تجاه باب "مركز الكحولية وتعاطى المخدرات والإدمانات" لا يترك متسائلاً ما الموضوعات التى يمكن مناقشتها فى الاستشارة.

١ Aspirations.

ومع ذلك، حتى فيما يبدو كما لو كانت مواقف مركزة ومتخصصة، ما يريده العملاء من العلاج وما يستخدمونه فيه يمكن أن يكون متنوعًا تمامًا[١]. ففى البند السابع عشر من الاستبيان المتعلق بـ"ماذا أريد من العلاج[٢]" أظهر العملاء الباحثون عن المساعدة عن برنامج لعلاج الاعتماد تفاوتًا عريضًا فى آمالهم؛ بالإضافة إلى ذلك ارتبطت نتائج تحسن العلاج (على مقاييس الشرب) فى المتابعة بالمدى الذى قرروا عنده (فى نهاية العلاج) أنهم تلقوا تلك الخدمات التى حولوا إليها، فى البداية، لأنهم يريدونها. بشكل أبسط: عندما يحصل الناس على ما يريدونه من العلاج من الأرجح أن يظهروا تغيرًا إيجابيًا.

على الرغم من أن كثيرًا من المناقشة تتركز على أهداف العملاء أنفسهم من التغيير، فإن الأمر يتعلق أيضًا بأن الأفراد يريدون ويطلبون أشياء معينة من المتخصصين فى الصحة. الإحباط الشائع لدى الإكلينيكيين هم المرضى الذين يسألون أو يطلبون خدمات طبية معينة لا ينظر إليها الطبيب على أنها مقبولة: مريض المخدرات الذى يريد مسكنات أو منومات، أو الأم المقتنعة بأن ابنها المريض بحاجة إلى مضادات حيوية، ولذلك فمن اللائق أن نسأل العملاء ليس فقط ماذا يريدون ولكن بشكل أكثر تحديدًا، "ماذا تريد منى؟"

تطلعات المرشد النفسى: الرحمة[١] والرأى[٢] والاستثمار[٣]

ليس العملاء وحدهم هم من لديهم طموحات، بداية من الحالة النمطية لمقابلة الدافعية، حيث يقف العميل فى مفترق طرق ينظر إلى طريقين مختلفين على الأقل ويعيش تناقضًا وجدانيًا حول أيهما يسلك. سوف ننظر هنا إلى بعض الأنواع المختلفة من التطلعات لدى المرشد تتعلق بالعميل.

---

١ Compassion.

٢ Opinion.

٣ Investment.

هناك على الأقل ثلاثة معانٍ مختلفة للقول إن المرشد يكون لا مباليًا بأى الطرق يختارها العميل؛ **أولاً**، قد يعنى ذلك ببساطة أن المرشد لا يرأف بالعميل وغير مهتم بالنتيجة، ربما يتوقع المرشد نتائج مختلفة تمامًا بناءً على أى الطرق تم اختيارها، ولكنه يكون غير مهتم ما الطرق التى يختارها العميل بالتحديد ليسير فيها. سنفترض لغرض المناقشة أن هذا ليس المقصود، وسنسلم بأن المرشد مهتم حقيقةً بصالح المريض، فإذا أتى المرشد إلى المكان، محترقًا نفسيًا أو أيًا كان، حيث لا يبالى بهذه الطريقة ويصبح الإرشاد النفسى بالنسبة له روتينيًا أو عقلانيًا، فهذا هو الوقت المناسب لإيجاد معنى آخر للقول السابق.

ثانيًا، قد يعنى هذا أن المرشد رحيم ومهتم جداً بالعميل من قلبه، ولكن ليس لديه حقًا ميل بشأن أى المسارات ستكون أفضل للعميل أن يسلكها، فى هذه الحالة - التى تسمى التوازن فى الفصل السابع - لا يكون لدى المرشد مشورة متخصصة ليقدمها - ومن وجهة نظر المرشد النفسى، من المحتمل أن يؤدى السبيلان إلى نتائج متشابهة بالنسبة للعميل، وربما يظل المرشد مساعداً بالنسبة للعميل فى عملية اتخاذ القرار، كما هو موضح فى مقابلة الدافعية غير التوجيهية فى نهاية الفصل السابع.

ثالثًا، قد يعنى ذلك أن المرشد ليس لديه هدف معين، مصلحة خاصة، فى اختيار العميل لسبل التغيير، حيث تتشابه النتائج بالنسبة للمرشد ولا يهم أى السبل سيختار العميل. وربما يكون رأى المرشد المتعاطف أن نتائج مختلفة جداً ستنتج للعميل من اختيار طريق عكس طريق آخر يأمل - أى المرشد - بشكل رحيم أن يؤدى إلى نتائج أفضل للعميل، ولكنه ليس محل اهتمام من منظور المكسب أو الخسارة الشخصية.

لأغراض المناقشة الحالية، نشير إلى هذه الأشكال الثلاثة من الاهتمام؛ الرأفة والرأى والاستثمار، حيث يمكن أن نجد أى واحدٍ منها دون الآخرين.

الرأفه، هى الحب والاهتمام المبنى على الإيثار من أجل صالح العميل، فالشخص الرءوف يضع مصالح الآخرين فى قلبه، وهو الأمر الذى وصفه إريك فروم Erich Fromm فى مؤلفه الكلاسيكى، فن الحب[٣].

الرأى هو حكم عن أى الاختيارات سوف يخدم مصالح العميل، ويكون الحكم، على ما نرجو، مبنيًا على معلومات موثوقة ومتخصصة، على الرغم من أن الآراء حول المزايا النسبية للاختيارات يمكن أن يكون لها كثير من الجذور. وغالبًا ما يطلب العملاء رأى المهنى وربما يسعون أيضًا إلى رأى ثانٍ. والسؤال هنا هو: ما الذى يتوقعه المرشد من نتائج عندما يحل التناقض الوجدانى فى اتجاه على حساب الآخر؟

ينطوى الاستثمار على مكسب أو خسارة دالة بالنسبة للمرشد وذلك بناءً على الخيارات التى قام بها العميل وربما يكون الاهتمام هنا ماديًا. فمسئولو المبيعات، على سبيل المثال، يستثمرون فى النتيجة، لأنهم يكسبون أو يخسرون البيع (والأرباح المصاحبة لها)، بناءً على قرارات العميل فى الشراء، والمستخدم(*) فى القوات المسلحة يمكن أن ينصح المحتمل تجنيدهم حول مزايا التطوع، ولكن له مصلحة ملموسة فى قرارات المتطوعين أيضًا، حيث إن معدل تطوعهم يعنى كفاءة أدائه لوظيفته، ومن المرجح أن يكون لعامل الدخول فى برامج العلاج من أجل الربح مصلحة مثيلة فى إقناع العملاء المحتملين للدخول إلى العلاج.

بالنسبة لآخرين، يعد الاستثمار أكثر رمزية، فالمرشد الذى يتعافى من نفس المشكلة لدى العميل(**) ربما يتوحد معه (لا سيما مبكرًا فى عملية علاج المرشد) وبشكل متحمس يعزز خيارات معينة، والمهنيون الذين يساوون بين نتائج العميل وقيمتهم وكفاءتهم الشخصية من المرجح أن يستثمروا فى الخيارات التى يختارها عملاؤهم. وبفضل وجود قيم راسخة قد تكون هناك نتائج معينة يتمناها المرشدون عند العمل فى مراكز التخطيط للوالدية ومراكز الإرشاد الزواجى والإساءة الأسرية، أو عيادات رعاية الحوامل التى تساعد المرأة التى تتعاطى الكحول ومخدرات أخرى.

(*) المقصود بالمستخدم Recruiter (بكسر الدال) هنا هو ذلك الشخص الذى يسعى لإقناع الشباب بالتطوع فى الجيش. [المراجع]

(**) أصبح من المعتاد الاستعانة بأشخاص عانوا مشكلات معينة (إدمانية عادةً)، ولكنهم يتعافون منها ليشاركوا فى إرشاد وعلاج الأشخاص الآخرين الذين هم فى بدايات مسيرة تعافيهم من مشكلات شبيهة أو الذين لم يقرروا بعد أن يسلكوا سبيل التغيير. [المراجع]

يمكن أن يظهر الاستثمار أيضًا بفضل العلاقة، فأعضاء الأسرة ليسوا أطرافًا غير مهتمة، وربما تؤثر خيارات العميل ونتائج هذه الخيارات عليهم مباشرة بطرق عدة؛ ومن ثم يتجنب المعالجون النفسيون بشكل منظم علاج الأفراد الذين تربطهم بهم علاقة شخصية أو مهنية أخرى.

وجدنا أن هذه الأنواع الثلاثة من اهتمام المرشد بنتائج العميل – الرأفة والرأى والاستثمار – مفيدة تمامًا فى تصنيف بعض المعضلات الأخلاقية التى تواجه المرء فيما يتعلق بمقابلة الدافعية، وهذه المعضلات لا تقتصر بأى حال على مقابلة الدافعية، فالتفكير فيها مهم بالنسبة لأى مهنة مساعدة.

لقاء التطلعات

لسنا بحاجة إلى القول إن العملاء والمرشدين لا تتطابق تطلعاتهم بشكل دائم، ويكون الاتفاق أكبر عندما يعمل كلاهما لنفس الأهداف. ومع ذلك عندما تتنافر التطلعات يبرز السؤال كيف يمكن وضع أهداف وجدول أعمال الإرشاد.

من الممكن هنا أن تدخل مبادئ البر والاستقلالية فى صراع، فمعظم المرشدين النفسيين يؤمنون بحق العميل فى عمل اختيارات أو على الأقل التأثير، إن لم يكن وضع، أهداف الإرشاد. وعلى الرغم من ذلك، ما يريده العميل مبدئيًا من المرشد والإرشاد قد يختلف مع رأى المرشد، وقد يختلف كذلك مع مصلحة العميل، وفيما يلى بعض الأمثلة القليلة الكافية:

الطبيب المنشغل بضغط دم المريض المرتفع ويريد وصف دواء له؛ ولا يريد المريض تناول الدواء ويفضل محاولة علاج ضغط الدم بالنظام الغذائى والتمرينات الرياضية.

الزوجان اللذان يسعيان للإرشاد من أجل صراع زواجى، وإيمان المرشد الشخصى لا يتسق مع الطلاق كما يضع قيمة قوية للإخلاص الزواجى، أحد الشريكين يعترف

للمرشد سرًا أن لديه علاقة خاصة خارج إطار الزواج ويرغب فى مواصلة ذلك بينما يرى مـا إذا كـان العـلاج الزواجى "ينجح"، ورأى المرشـد أن هذا ليس فى مـصلحـة الطرفين أو العلاقة.

والشـخص المدان بالقيادة وهو ثمل (DWI) يحول للعلاج ويريد تتبع هدف التحكم فى الشرب، ويؤمن المرشد النفسى، الذى يعرف أن الشخص يعانى من اعتماد كحولى حاد، أن هذا الهدف ليس فقط غير واقعى، ولكنه خطير أيضًا على العميل ويتمنى له أن يتوقف كليًا عن الكحول.

يمكن أن تتصارع تطلعات العميل ليس فقط مع رأى المرشد المحترف الذى هو فى مصلحة العميل، ولكن أيضًا مع مسائل استثمار المرشد ويبدو هذا واضحًا فى كلا السيناريوهين السابقين. فالمرشد للعميل الذى يقود وهو ثمل، على سبيل المثال، ربما لا يعتقد فقط أن التوقف فى مصلحة العميل، ولكنه قد يكون منشغلاً بالمسئولية القانونية للبرنامج إذا ما تتبع مع العميل هدف التحكم فى الشراب ثم أصاب العميل أو قتل أحد فى حادثة من حوادث الطريق وهو سكران، نعرض فيما يلى بعضًا من الأمثلة الأخرى للصرا ع بين تطلعات العميل واستثمار المرشد النفسى:

المرأة التى تسعى للاستشارة حول العلاج بالهرمون البديل، ثم إذا بها أكثر حرصًا على مناقشة مشكلاتها الزوجية، ولا تريد المرضة التورط فى إرشاد زواجى وتحتاج للتخلص من هـذه الاستشارة حتى توجد مع المرضى الآخرين فى غرفة الانتظار.

المرشد فى العيادات الخاصة الذى لديه قليل من الحالات فى الوقت الراهن، يرغب فى مزيد من العملاء، ويقابل عميلاً يحتاج للعلاج من اضطراب الوسواس القهرى، وعلى الرغم من أن المرشد لديه بعض الخبرة فى هذا المجال ويعتقد أنه يستطيع تقديم علاج كفء بشكل معقول، فهو يعرف زميلاً ذا تدريب وخبرة ممتازة فى علاج هذا الاضطراب على وجه التحديد، ومع ذلك يعرب العميل عن تردده لتحويله مرة أخرى لمتخصص آخر، ويقول إنه يحب هذا المرشد النفسى.

والمريض المنشغل بالألم المستمر ويريد من الطبيب أن يأمر بسلسلة من الاختبارات باهظة التكاليف لاستبعاد اضطرابات ممكنة، ولكنها غير مرجحة، والطبيب موظف من خلال منظمة رعاية علاجية يتلقى الإكلينيكيون فيها مكافآت على الراتب للحفاظ على استخدام منخفض للاختبارات الباهظة التكاليف.

يوضح المثالان الأخيران أيضًا قضية مازالت أكثر تعقيدًا، حيث ربما تتصارع المصلحة الشخصية للمرشد مباشرةً ليس فقط مع أمنيات العميل، ولكن أيضًا مع شعور المرشد الذاتى عما هو فى مصلحة المريض.

السلطة واستخدامها

الآن دعنا نضيف واحدة من التعقيدات الأخرى وذلك قبل أن نرى كيف تتفاعل مقابلة الدافعية مع هذه المعضلات الأخلاقية. يوجد تنوع من سياق إرشادى إلى آخر فى درجة القوة التى يملكها المرشد للتأثير على سلوك العميل ونتائجه؛ فى الطرف المنخفض يقابل المرشد العميل فحسب ويقدم له فقط المشورة التى تتعلق بمشكلاته، وبالطبع هناك دائمًا قوة فارقة فى الإرشاد ومن المفترض أن المرشد سيكون قادرًا على ممارسة بعض التأثير على سلوك العميل، وهذا هو المفترض فى دوره، ومع ذلك، لا تتجاوز تعقيدات القوة تلك القوة المتأصلة فى جميع أشكال الإرشاد. ففى الطرف الآخر، انظر إلى المرشد الذى يعمل مع المجرمين فى الإفراج المشروط ومراقبة السلوك، والذى لديه سلطة فى أى وقت لإلغاء هذه الحالة والأمر بالاحتجاز.

وجود تأثير خاص فى العلاقة الإرشادية يزيد من تعقيدات الصورة الأخلاقية العامة، فقد لا يكون للمرشد فقط رأى عما هو أفضل للعميل، ومصلحة شخصية فى اختيارات العميل ونتائجها، ولكن قد يكون لديه أيضًا سلطة قهرية لتنفيذ هذا الرأى والمصلحة. والمرشد الذى يملك مثل هذه السلطة لابد أن يختار أيضًا ما إذا كان سيستخدمها فى إقناع العميل للتحرك ناحية الاتجاه المرغوب.

التعقيدات الأخلاقية[1] ومقابلة الدافعية

كيف تتفاعل مثل هذه التعقيدات مع الطبيعة الخاصة لمقابلة الدافعية؟ إذا كان مفهومنا عن الطريقة صحيحًا، فهى لها قدرة، ذات حدود، للتأثير على إرادة العميل وثقته واستعداده للتغيير بطريقة أو بأخرى. ومن ثم يبرز أحد أوجه القلق من احتمالية أن الطريقة يمكن أن تكون فعالة فى تغيير الدافعية والاختيار، وكذلك السلوك المتعلق بهما، ولا يعد الأمر ذا بال حينما تكون تطلعات العميل متفقة مع تطلعات المرشد، ولكن حين يوجد تتنافر بينهما لابد من أن نولى اعتبارات أخلاقية إلى أى الطرق التى تكون فعالة فى تغيير تطلعات العميل لتكون أكثر اتفاقًا مع تطلعات المرشد النفسى. وتكون هذه القضية أكثر تعقيدًا حين يكون "عميل" المرشد (الفرد الذى يرغب فى التغيير) ليس هو الشخص الجالس فى غرفة المشورة بل طرف آخر - مثل نظام محكمة أو والد أو مدرسة - يطلب التغيير من الشخص.

عندما تختلف تطلعات العميل عن تطلعات المرشد النفسى، فى تلك الحالة أيضًا تجرى التدخلات المصممة لزيادة الدافعية للتغيير دون إذن العميل، على الأقل إلى حدٍ ما. يمكننا أن نشير إلى عوامل السياق التى قد تخفف من هذا القلق بعض الشىء، فالعميل الذى يسعى إلى الإرشاد فى برنامج لعلاج الإدمان قد لا يعبر عن رغبته فى التوقف عن تعاطى المخدر «أ» (على الرغم من الدافعية قد تكون مرتفعة للتوقف عن المخدر «ب»)، لكنه لن يندهش أن المرشد فى هذا السياق يسعى ليزيد من دافعيته للتوقف عن المخدر «أ» أيضًا. وأولئك الذين يشاهدون فى الخدمة الإرشادية المبنية على أساس دينى ربما يتوقعون، أو حتى يرغبون، أن يدافع المرشد عن القيم التى تتصارع مع التطلعات والسلوك الحالى، ومع ذلك، لا يمكن القفز بالكامل إلى نقطة أنه فى السعى لتغيير ما يرغبه الشخص، نسعى لذلك، بمعنى ما، دون موافقة أو طلب مباشر من العميل.

---

١ Ethical complexity.

تتعلق قضية الموافقة هذه بقلق آخر هو ذلك القلق من أن طريقة مثل مقابلة الدافعية يمكن أن تنجح فى تغيير ما برغبة شخص ما دون أن يكون واعيًا بكيف يمكن أن يحدث ذلك. إن الدعاية تحت الحسية فى دور السينما ممنوعة على هذا الأساس، مع أن الدعاية بشكل أكثر عمومية مصممة لزيادة الدافعية دون الحاجة لموافقة العميل المباشرة أو وعيه بالعمليات النفسية الضمنية.

باختصار، جوانب القلق الأخلاقية الثلاثة المحتملة المتعلقة بتدخلات الدافعية هى:

١- إن هذه التدخلات يمكن أن تنجح.

٢- إن هذه التدخلات يمكن أن تنجح دون الموافقة المباشرة من العميل.

٣- إن هذه التدخلات يمكن أن تنجح دون وعى الشخص[٤].

نحن ننظر إلى هذه القضايا بوصفها قضايا شرعية للناحية الأخلاقية وسنعرض فى الجزء التالى بعض الخطوط الإرشادية لاستخدام مقابلة الدافعية، بشكل خاص، فى علاقتها بهذه التعقيدات.

ومع ذلك، قبل الانتقال إلى هذه الخطوات الإرشادية، نحتاج لبعض المناقشة حول قضية جبرية مقابلة الدافعية، حيث ترتبط هذه القضية بسؤال مضمر من خلال قدرة مقابلة الدافعية داخل حدود معينة على تغيير استعداد العميل وإرادته وقدرته على التصرف بطريقة معينة، فما هذه الحدود؟ مثلاً هل يمكن لعميل أن يتأثر، من خلال مقابلة الدافعية، ليتصرف بطريقة متناقضة مباشرةً مع قيمه الداخلية الأساسية؟ نعتقد أن إجابة هذا السؤال بالنفى، جزئيًا بسبب فهمنا لكيف تنجح الطريقة. وعند الحد الذى نكون على حق فى التأكيد أن التباين النامى داخليًا هو العملية المفتاحية فى مقابلة الدافعية، يبرز السؤال: التباين مع ماذا؟ يجب أن تكون الإجابة أهداف العميل الخاصة وقيمه. فنحن نؤمن أنه بدون أن يكون السلوك "المشكل" الحالى فى تناقض مع شىء ما يقدره العميل بشكل أعلى، فلا يوجد أساس لعمل مقابلة الدافعية. يكون التركيز على الدافعية الذاتية للتغيير، ولا يتعلق ذلك بما إذا كان سلوك العميل مختلفًا مع قيم شخص آخر،

إلا إذا كان بالطبع شخصًا ذا قيمة عالية بالنسبة للعميل، فى تلك الحالة فإن فارق القيم الذاتية يعمل مرة أخرى. هكذا يبدو الأمر أن مقابلة الدافعية لن تسهم فى تغيير السلوك دون إدراك العميل أن مثل هذا التغيير يفيد قيمة داخلية أعلى لديه شخصياً، وهو بذلك فى مصلحته الشخصية.

هذا الشرط الوقائى للاتساق مع القيم الداخلية لا يوجد فى الطرق الجبرية، حيث يجبر الأفراد أحيانًا ليسلكوا بطرق تنتهك قيمًا عزيزة لديهم، ويعد هذا واحداً من الأهداف التى تقف وراء التعذيب وغسيل المخ، وهو يفسر أيضًا لماذا توجد لوحات العرض المؤسسية لتحمى المشاركين فى البحوث من الشروط الجبرية مثل الإغراء بالدفع المرتفع ليتعرض المشارك للمخاطرة. داخل مجال الإرشاد، تستخدم الطريقة المعروفة بـ"الإكراه البناء"[1] القوة الخاصة بصاحب العمل لدفع الموظفين إلى الدخول فى علاج ربما يرفضونه فى ظروف أخرى[(٥)]، "التدخل" الذى طرحته مؤسسة جونسون[(٦)] Johnson Institusion يتضمن بشكل نموذجى مواجهة جماعية مفاجئة مخططاً لها ومتدربًا عليها من قبل أفراد الأسرة (وأحيانًا آخرون مثل الأصدقاء أو الموظفين) وذلك للشخص المدرك بوصفه لديه مشكلة (عادة مع الكحول أو المخدرات الأخرى). بالإضافة إلى التعبير عن الاهتمام المتعاطف، يعرب أعضاء الجماعة أيضًا عن العواقب السلبية التى يمكن أن تنتج إذا لم ينصع الشخص لتطلعات الجماعة، والتى هى فى الغالب بالنسبة للشخص الدخول فى برنامج علاجى خاص. مثل هذه التدخلات يتم تنفيذها بوضوح دون معرفة العميل أو رغبته، وذلك مع مبدأ الخير الذى يعطى له أهمية أكبر من الاستقلالية على الأقل مؤقتًا.

إننا نؤكد أن مقابلة الدافعية، بحكم اعتمادها على التباين مع القيم الأساسية، لا يمكن أن تعمل على انتهاك استقلالية العميل. وقد تجعل هذا الشخص يريد أمرًا ما، ولكن ذلك يحدث، لأن التغيير المتوقع يتفق تمامًا مع أهداف وقيم أساسية لدى العميل،

---

١ Constructive coercion.

تختلف هذه الطريقة عن استراتيجيات الإكراه التى تصمم بوضوح لتجاوز ما يريده العميل.

داخل هذه السياق، يمكن أن نتناول العلاقة الأخلاقية بين مقابلة الدافعية وتطلعات المرشد والعميل. من المناقشة السابقة نحدد ثلاثة شروط يتطلب استخدام مقابلة الدافعية فى ظلها اهتماماً خاصاً. وكلما كان هناك مزيد من المزج بين هذه الشروط المعقدة فى الحالة المقدمة تطلب الأمر مزيداً من الحرص، وفى ظل شروط معينة نعتقد أن استخدام مقابلة الدافعية غير مناسب أخلاقياً. لا نقصر هذه المناقشة بشكل محدد على العلاقة بين المرشد والعميل، لأن تطبيقات مقابلة الدافعية يتم استخدامها فى سياقات أخرى، ومن ثم نشير فى هذا الخطاب فقط إلى "القائم بالمقابلة" و"العميل"، حيث قد يكون القائم بالمقابلة المرشد أو مندوب المبيعات أو الطبيب أو ضابط الشرطة أو الوالد أو صاحب العمل أو طرفاً آخر مهتماً، وفيما يلى التعقيدات الأخلاقية الثلاثة:

١- عندما تتنافر تطلعات العميل مع رأى القائم بالمقابلة عما هو فى مصلحة العميل.

٢- عندما يكون لدى القائم بالمقابلة مصلحة شخصية فى التوجه الذى يختاره العميل.

٣- عندما تتضمن طبيعة العلاقة سلطة قهرية للقائم بالمقابلة للتأثير على التوجه الذى يختاره العميل.

التنافر فى التطلعات ليس شائعاً فى مقابلة الدافعية، ومع ذلك تكون الأمور أبسط عندما تتفق التطلعات، وهناك الكثير من المناسبات التى تكون فيها مقابلة الدافعية مناسبة، على الرغم من التطلعات المتنافرة مبدئياً. مبدأ البر الأخلاقى هو البارز هنا، لكنه يعتمد على افتراض أن هناك قيمة موضوعية مستقلة فى حكم القائم بالمقابلة على ما هو فى مصلحة العميل.

من المفترض أن تصبح الأمور أكثر ضبابية عندما يكون لدى القائم بالمقابلة مصلحة شخصية فيما يفعله العميل. في ظل هذا الشرط تصبح القيمة الموضوعية المستقلة لرأى القائم بالمقابلة محل تساؤل بسبب تناقض المصلحة. وكلما كبرت مصلحة القائم بالمقابلة فى فعل أو نتيجة معينة لعميل محدد، زاد القلق. تحدث حالة خاصة حينما تكون مصلحة القائم بالمقابلة ضد مصلحة العميل (كما ينظر إليها من وجهة القائم بالمقابلة أو من خلال ملاحظ موضوعى)، هذه واحدة من الحالات التى ننصح بلا تحفظ أن مقابلة الدافعية غير مناسبة، ونحن نقوم بذلك على الرغم من إيماننا بأن مقابلة الدافعية لا تنتهك مبدأ الاستقلالية. على سبيل المثال، إذا استطعنا أن نحكم أن كلا البديلين فى مصلحة العميل ويتسقان مع قيم العميل، ولكن واحداً منهما فى مصلحة القائم بالمقابلة بينما ليس الآخر كذلك، نعتقد أنه من غير المناسب استخدام مقابلة الدافعية لعمل التوازن فى اتجاه حل يتسق مع مصلحة القائم بالمقابلة.

تزداد التعقيدات الأخلاقية أيضاً حين يكون لدى القائم بالمقابلة سلطة للإكراه أو للإجبار فيما يخص سلوك العميل. بالطبع، يمكن للقائم بالمقابلة أن يقرر ألا يستخدم مثل هذه السلطة، ولكن هناك سبباً للقلق الأخلاقى لأن احتمالية استخدام مثل هذه السلطة فى حد ذاته يمكن أن يكون قاهراً فى حالة تنافر التطلعات. ولذلك نؤكد على أن مقابلة الدافعية تضمن حذراً معيناً حين يكون للقائم بالمقابلة تأثير خاص (بجانب العلاقة المهنية العادية) على سلوك العميل ونتائجه، وسوف نتناول هذه المحاذير فى الخطوط الإرشادية والأمثلة التالية:

فى النهاية، عندما توجد كل من السلطة القهرية والمصلحة الشخصية، فإننا نعتبر أن استخدام مقابلة الدافعية أمر غير مناسب. تتضمن الأمثلة صاحب عمل يقابل موظفاً محتملاً ومحققاً يقابل مشتبهاً به (على الرغم من أنه فى كلا الحالتين، يمكن استخدام مهارات الإنصات المتمعن وحدها بشكل مناسب جداً).

وقد لخصنا هذه النقاط فى الشكل [١٢-١]، الذى يوضح من اليمين إلى اليسار زيادة درجات التعقيد الأخلاقى والنهى عن استخدام مقابلة الدافعية وهناك، بالطبع، تجميعات أكثر من تلك التجميعات المعروضة.

شكل [١٢-١] التعقيد الأخلاقى ومقابلة الدافعية

التعقيد الأخلاقى							مرتفع جداً
هل لديك رأى واضح عن الاتجاه الذى فى مصلحة العميل؟	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
هل تتفق تطلعاتك (رأيك ومصلحتك) مع تطلعات العميل؟	لا ينطبق	نعم	لا	لا	لا	لا	لا
هل لديك مصلحة شخصية فى الاتجاه الذى يسلكه العميل؟	لا	لا	لا	لا	نعم	نعم	نعم
هل مصلحتك الشخصية ضد مصلحة العميل؟	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	لا	نعم	نعم
هل لديك سلطة للتأثير على الاتجاه الذى يسلكه العميل؟	لا	لا	نعم	نعم	لا	لا	نعم
هل مقابلة الدافعية مناسبة؟	نعم	نعم	مع الحرص	مع الحرص	مع الحرص	لا	لا

ملحوظة: المربعات الرمادية، داخل الصفوف، حالات التعقيد الأخلاقى أعلى؛ والمربعات السوداء، داخل الأعمدة، هى خليط من الحالات التى يعتبر المؤلفون استخدام مقابلة الدافعية فى ظلها موضع تساؤل.

بعض الخطوط الإرشادية للممارسة الأخلاقية

نستخلص بعرض بعض الخطوط الإرشادية النابعة من المناقشة السابقة، وبالطبع، تنطبق الخطوط الإرشادية الأعرض للممارسة المهنية الأخلاقية أيضًا، وعندما تشعر بمنغص أخلاقى انتبه له واستكشفه. (إذا لم تشعر بأى منغصات أخلاقية عند ممارسة مقابلة الدافعية، فعليك أن تقلق!). ركزنا فى هذه الخطوط الإرشادية على القضايا البارزة لاسيما فى مقابلة الدافعية. مع كل قضية، نعرض أيضًا ما نتمنى أن تكون أمثلة توضيحية. مع أننا نفكر بشكل أولى فى سياق المرشد - العميل فى عرض هذه الخطوط الإرشادية، فهى تنطبق على استخدام هذه الطريقة الإكلينيكية بشكل أكثر عمومية.

الخط الإرشادي الأول: عندما تشعر بالتنافر في العلاقة أو في مجال للانزعاج الأخلاقي، وضح تطلعات العميل وتطلعاتك.

مثال ١: أتت امرأة شابة لتراني (رولنيك Rollnick)، وهي تعاني من مشقة نوبات هلع تتركها خائفة ومنعزلة أكثر وأكثر. يعد الالتزام بالدافعية مسألة مهمة في علاج نوبات الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة[١]، ولدي كثير من الخبرة وبعض النجاح المشجع في هذا المجال، وقد بدأنا علاجًا سلوكيًا لنوبات الهلع فورًا وأعددنا أيضًا قائمة ببنود جدول أعمال تتضمن جلسات علاج التدخين والخجل وقد وجدنا أن كليهما مرتبطان بنوبات الهلع التي تعانيها. ولقد بدا أن لديها في كل جلسة همًا جديدًا لتناقشه، ففي إحدى الجلسات أوضحت أنها عانت من فقدان الشهية العصبي وأنها اعتادت على التدخين لكبح شهيتها للطعام، وفي أثناء الجلسة التالية أشارت إلى أنها منجذبة لامرأة زميلة وأرادت استكشاف مسائل الهوية الجنسية، وقد انتهت هذه المسألة الأسبوع التالي وناقشنا خجلها من الرجال. وقد شعرت بانزعاج متنامٍ بأننا كنا نهيم في الصحراء وأنني لم أكن مفيدًا لها كثيرًا بدون تركيزي على همها الرئيسي، ولكن ماذا كان ذلك؟ كان من الواضح أنها تستمتع بالمجيء لرؤيتي وربما ولدت همومًا جديدة لتستمر في المجيء، كانت تطلعاتي لا زالت هي مساعدتها في نوبات الهلع، لأنها قدمت هذا بوصفه همًا معوقًا تمامًا، لكن أهدافها الخاصة من الإرشاد أصبحت غير واضحة لي.

قررت أن أعبر عن ورطتي مباشرة؛ قلت "أنا مرتبك قليلاً هنا" و" لدي انطباع أنك مهتمة بشكل خاص بنوبات الهلع، والتي سأكون سعيدًا بمساعدتك على علاجها، ولكن هل هذا ما تريدينه؟ أشعر بأننا نفقد الخيط لذا أنا بحاجة لفهم ما الذي تريدينه من الإرشاد الآن". اتفقنا، ومن خلال عملية مقابلة الدافعية ووضع جدول الأعمال أن نركز على مشكلتين موضع اهتمام هنا، إحداهما كانت نوبات الهلع، ووضعنا أهدافًا محددة وخلال الجلسات القليلة التالية أحرزت تقدمًا ممتازًا في معالجة خوفها من الخوف، ولذلك انخفضت نوبات هلعها.

---

١ Agoraphobia.

الخط الإرشادى الثانى: عندما يكون رأيك الذى فى مصلحة العميل يتعارض مع ما يريده، أعد صياغة جدول أعمالك وتفاوض بشأنه، موضحًا اهتماماتك وتطلعاتك الخاصة للعميل.

المثال ٢/أ- امرأة فى منتصف العمر تأتى لترانى (رولنيك Rollnick) بهموم تتعلق بالمقامرة الزائدة، وكانت تقضى كمًا كبيرًا من الوقت فى صالات القمار وفقدت مبالغ كبيرة من المال، وكان طلبها هو الحصول على استراتيجيات لعلاج مشكلة المقامرة لديها. وعندما سألتها، كأداة بسيطة، عن تقدير الأهمية قالت تسعًا، وكان تقدير الثقة ثلاث وهى درجات تتسق تمامًا مع طلبها استراتيجيات تغيير السلوك. ومع ذلك شعرت بمنغص أخلاقى؛ شىء ما أزعجنى وكان لدي حس داخلى أن حل مشكلتها لا يكمن فى تعليمها مهارات إدارة مقامرتها، ولكن فى استكشاف دافعيتها نحو المقامرة.

وبناءً على ذلك استأذنتها لمناقشة كيف تود قضاء وقتها معى، وأوضحت لها ما أشعر به كما وافقت أن أقضى بعض الوقت فى نهاية جلستنا الأولى لإعطائها بعض الاستراتيجيات السلوكية العيانية، وتمنيت أن توافق على قضاء بعض الوقت فى استكشاف أسباب المقامرة لديها وقد وافقت.

سألتها "إذن، لماذا أنت عند درجة ٩ على مقياس الأهمية وليس عند درجة ٢؟"، قالت "بسبب زوجى"؛ "يهددنى بأن يتركنى لأنى أقامر"، وقد ظهر أن درجة ٩ كانت تقدير زوجها للأهمية، وكان اهتمامها الخاص بالتوقف عن المقامرة عند درجة ٢. وقد اتضح أن هذه المرأة، التى كانت مديرًا لمتجر كبير، كانت تشعر بملل رهيب من حياتها كربة منزل، وقد ملأت المقامرة وقتها وخفت من حدة مللها ووحدتها. "إذن"، لخصت فى منتصف جلستنا، "كان زوجك يهدد بالطلاق بسبب قمارك وتشعرين بالخواء تمامًا فى حياتك وتشعرين بالملل السخيف منها وتشعرين بالوحدة أيضًا وذهابك إلى الكازينو يساعدك على قضاء الوقت. وما تريدنه منى هو إعطاؤك بعض استراتيجيات إدارة الذات للسيطرة على المقامرة"، أجهشت بالبكاء.

قضينا بقية هذه الجلسة والتى تليها فى مناقشة الطرق التى من خلالها تستطيع الحصول على مزيد من المعنى والنشاط فى حياتها لمواجهة مللها ووحدتها مباشرةً بدلاً من مواجهتها من خلال المقامرة. عند الجلسة الثانية لم تكن منشغلة بتغيير مقامرتها، وتقول إنها ستنتهى من نفسها وشكرتنى لمساعدتها، قالت "لقد حصلت على ما أريد". رتبت معها نظام متابعة لمدة ستة شهور فى الوقت الذى ذكرت فيه عدداً من التغييرات المهمة فى حياتها، وقد حلت مشكلة المقامرة لديها.

المثال ٢/ب-: كان من مصممى الرسوم الكارتونية الذين لابد أن يكون لديهم فكرة جديدة كل يوم لصفحة الرسوم الهزلية فى الصحيفة، وقد استخدم أشكالاً متنوعة من التمعن لإثارة إبداعه، ولكنه مؤخراً كان منزعجاً خلال التمعن من تخيلات مرئية مقحمة وضاغطة لوجه رجل يعانى معه، فى الحقيقة، صراعًا كبيراً. وبينما كان فى ظروفه العادية يستطيع بشكل طبيعى تنقية ذهنه للسماح للأفكار الإبداعية بالظهور، وجد نفسه غير قادر على وقف هذه الصورة المقحمة وكانت جدياً تعوق عمله، قال "أعتقد أن التنويم سيساعدنى".

على الرغم من أننى (ميلر Miller) قد تدربت على التنويم، لم أكن مرتاحًا لفكرته، لأن تراث النتائج المتعلق بالأفكار المقحمة الوسواسية أظهر قليلاً من الفعالية مع التنويم وأشار بدلاً من ذلك إلى طرق العلاج السلوكى المعرفى. شرحت له ذلك ووافق على تجريب ما لدي وخلال جلسات عديدة لاحقة كانت مشكلة الإقحام تسوء، على الرغم من ممارسته المخلصة للمهارات التى علمتها له، أعدنا التفاوض ووافقت على تجريب التنويم معه فى تلك الجلسة.

نومته مرة واحدة، وانتهت مشكلة التخيل الوسواسى، ولم ينزعج منها مرة أخرى.

علمنى هذا الأمر شيئًا ما عن الإنصات لما يريده العميل.

الخط الإرشادى الثالث: كلما كانت مصلحتك أكبر فى نتائج معينة للعميل كان استخدامك لطريقة مقابلة الدافعية غير مناسب، حيث يكون الأمر غير مناسب بشكل واضح عندما تتعارض مصلحتك مع مصلحة العميل.

المثال ٣/أ- كنت (ميلر Miller) أجلس فى طائرة عابرة للقارات، الموقف الذى أجلس فيه فى العادة مع نفسى وبالتأكيد لا أتحدث مع الشخص الذى بجانبى عما أفعله لأعيش. ومع ذلك، كانت هذه المرأة مصرة بشكل خاص وعلمت أن وظيفتها كانت بيع الطائرات النفاثة للخاصة الذين معظمهم ليسوا فى حاجة حقيقية لها، وقد أوضحت لى أن المفتاح لإقناعهم أن الطائرة النفاثة توفر لهم شكلاً اجتماعيًا (برستيج) وراحة أكبر من الطائرات التجارية، ولذلك فإن الحصول على واحدة يعد فى مصلحتهم. أصبحت منخرطًا فى الحديث وسألتها عن بعض التفاصيل التى تتعلق بطريقتها فى الدفع إلى الشراء وإنهائه. وفى مسار محادثتنا ظهرت بعض اهتماماتى الخاصة وشرحت لها بعض التوازى بين الطرق التى تصفها والمنحى الذى أستخدمه لمساعدة الناس فى اتخاذ قرار التغيير فى سلوكهم الصحى، ثم أصبحت مهتمة وأرادت كل شىء عن مقابلة الدافعية بتفاصيل أكثر وفجأة شعرت ليس بمنغص أخلاقى فحسب بل بإنذارات تشبه إنذارات الحريق وسحبت نفسى بأدب إلى الكمبيوتر المحمول الخاص بى كما أننى لم أشتر طائرة نفاثة.

مثال ٣/ب- كنا نعمل قليلاً فى توظيف أشخاص ليشاركوا فى تجربة إكلينيكية، والمرضى الذين كانوا سيستفيدون من العلاج، وكنا نختبرهم، كانوا يرفضون المشاركة لأسباب متنوعة. قدم شخص ما اقتراحًا "ماذا لو استخدمنا مقابلة الدافعية؟". بينما يمكن للمرء أن يكون مقتنعًا أن المشاركة فى هذه التجربة الإكلينيكية كانت فى مصلحة المرضى (كل المجموعات التجريبية دخلت فى علاج نشط من المتوقع أن يفيدهم)، لا توجد طريقة لتنقية هذا الحكم من مصلحة الباحث فى دخول المبحوثين للدراسة، لذلك نظرنا إلى استخدام مقابلة الدافعية لحفز الموافقة على الاشتراك فى البحث بوصفه أمرًا غير أخلاقى.

المثال ٣/ج-ت اتصل بى (رولنيك Rollnick) محام يقدم لى امرأة بترت ساقها فى حادث سيارة، هل يمكننى، بوصفى أخصائية نفسية، الحديث معها حول كيف أثرت جراحتها على حياتها؟ وقد طلب منى المحامى بشكل محدد إقناعها، من خلال مقابلة الدافعية، أن بعض الجوانب المهمة فى حياتها قد تضررت بالفعل من جراحتها الطارئة

(مثل كونها لم تعد موظفة وليس لديها طفل ثانٍ). على الرغم من أن المرأة نفسها رأت فى ذلك الوقت أنه لا توجد علاقة بين هذه الحقائق وجراحتها، ستؤثر النتيجة على التعويضات المطلوبة فى الدعوى المدنية ضد السائق الآخر. وفى هذه الحالة، لم تكن المصلحة القوية فى نتيجة معينة تخصنى بل تخص محاميها الذى من المنتظر أن يستفيد مادياً من التعويض الأكبر، المصلحة التى، فى رأيى، ليس بالضرورة فى مصلحة المرأة. وقد رفضت.

الخط الإرشادى الرابع: كلما تضمن دورك سلطة قهرية أكبر للتأثير على سلوك العميل ونتائجها كان الحذر المطلوب فى استخدام مقابلة الدافعية أكبر. عندما تجتمع السلطة القهرية مع المصلحة الشخصية فى سلوك العميل ونتائجه، يعد استخدام مقابلة الدافعية غير مناسب.

المثال ٤/أ – اتصلت بى محامية (رولنيك Rollnick) لتسألنى كيف يمكنها تعلم مقابلة الدافعية لمساعدة عملائها على حل التناقض الوجدانى حول القضايا التى كانت تمثلها لهم. أشارت، فى الغالب لا يوجد قرار معين نكون بحاجة لاتخاذه أكثر من اختيار واضح حتى تتخذ المسائل القانونية مسارها، " غالبًا ما يروح عملائى ذهاباً وإياباً فى مسائل مهمة تتعلق بما يشعرون من تناقض وجدانى ويضيعون كثيراً من وقتى فيما يجب أن أفعل لهم، فقط لأنهم ليس لديهم وضوح عما يريدون. فإذا استطعت مساعدتهم فى تقرير ما يريدون فسوف يفيدنا ذلك جميعًا". دربناها، مع مشورة إضافية أنه لن يكون من المناسب لها استخدام هذه الطريقة فى مقابلة مع معارض، حيث ستكون مصلحتها متعارضة تماماً مع مصلحة من تقابله.

المثال ٤/ب – فى أثناء ورشة عمل فى مقابلة الدافعية قدمناها (ميلر Miller) لضباط مراقبة، كانت هناك كثير من المناقشة حول كيف ستنسجم هذه الطريقة مع السلطة القانونية التى يملكونها على عملائهم. وكانت نصيحتنا هى أن يكونوا صرحاء فى تطلعاتهم الخاصة للعملاء وبشكل أكثر تحديداً أن يوضحوا غرض هذا النوع من الإرشاد. مثـال:

"لدي دوران مختلفان هنا ويصعب علي أحيانًا أن أضعهما معًا؛ أحدهما كممثل للمحكمة للتأكد من أنك تحافظ على شروط المراقبة التى وضعها القاضى لك وعلي أن أحترم هذا الدور، أما الدور الآخر أن أكون مرشدك لمساعدتك فى عمل تغييرات فى حياتك نتفق أنها ستكون مفيدة. ومن المرجح أيضًا أننا سنكتشف بعض المجالات، حيث أتمنى أن أرى تغييرًا أنت لا تريد عمله. وما أرجوه أنه من خلال حديثنا سويًا هنا كل أسبوع، يمكن حل بعض هذه الفروق ونكون قادرين على إيجاد جوانب للتغيير نتفق عليها. متأكد أننى سأطلب منك النظر فى بعض التغييرات التى لا تبدو لك حتى الآن جيدة جدًا، وهذا شيء طبيعى وسنظل نستكشف هذه المسائل سويًا، ونرى ما إذا كنا قادرين على عمل بعض الاتفاق، كيف يبدو ذلك بالنسبة لك؟"

وأخيرًا نقدم مثالاً آخر لمشكلة شائعة جدًا تطبق فيها مقابلة الدافعية: الامتثال للعلاج الدوائى، بينما لا نستلطف علاقة السلطة المضمرة فى مصطلح "الامتثال"، ومع ذلك فهى مشكلة شائعة ومهمة. هو مثال مهم لأن التغييرات فى المصلحة والسلطة لها تضمينات أخلاقية مهمة لمناسبة مقابلة الدافعية لعلاج هذه المشكلة.

المثال ٥/أ – رجل يعالج من فصام مشخص قريبًا ويوضح له طبيبه النفسى كيف يعمل دواؤه الموصوف، وكيف من المهم تناوله بانتظام. لتوصيل هذه المعلومات يتحدث معه الطبيب النفسى مستخدمًا مقابلة الدافعية حول مكاسب ومساوئ تناول الدواء كما وصف له.

رأينا: التطبيق مناسب تمامًا.

المثال ٥/ب – نفس الرجل كان فى وحدات الأزمات مرات عديدة، وكان هذا يحدث كل مرة بعد أن ينقطع عن الدواء بفترة قصيرة. ثم يتلقى زيارات منزلية منتظمة من التمريض المجتمعى، وكانت للممرضة مصلحة فى تناوله للدواء لأسباب عدة؛ فعندما لا يتناول الدواء من المرجح أن تستدعى فى منتصف الليل للتعامل مع الأزمات، وعليها أن تكتب أوراقًا وتقارير إضافية، ولابد أن يتدخل كثيرون آخرون من المتخصصين فى الصحة

إذا انقطع عن تناول دوائه. ودخوله المستشفى يعكس أيضًا سوء أدائها. ومع ذلك، ينظر إلى مصلحتها بوصفها تتفق مع مصلحة المريض، على الرغم من التناقض الوجدانى الذى لديه، وهى لم يكن لها أى سلطة قهرية على المريض.

رأينا: أنه من المناسب استخدام مقابلة الدافعية لتشجيع المريض على تناول دوائه بانتظام.

المثال ٥/ج – نفس الرجل دخل إجباريًا فى وحدة الطب الشرعى بالمستشفى بعد نوبة ذهانية تورط خلالها فى عديد من الجرائم الصغيرة وعرض حياته للخطر فى مواجهة مع الشرطة. كانت كل الأسرة فى الوحدة مليئة وهناك قائمة انتظار كبيرة، مع ضغط من المحاكم لإدخال كل من على قائمة الانتظار، ظل فى الوحدة ثلاثة أسابيع واستقر كمريض مقيم. والعائق الرئيسى لخروجه هو تردده المتواصل فى تناول دوائه. طلب الطبيب المسئول عن الإقامة من المتخصص فى الخدمة الاجتماعية المدرب غلى مقابلة الدافعية إقناع المريض بالموافقة على تناول دوائه حتى يستطيع الخروج وتوفير الغرفة لمريض آخر.

رأينا: ننظر إلى هذا بوصفه تطبيقًا غير أخلاقى لمقابلة الدافعية بسبب الوجود المؤقت لسلطة القرار والمصلحة الجوهرية فى نتيجة معينة، ولا يتعلق الأمر بما إذا كانت مصلحة الفريق العلاجى فى إخلاء سرير يحكم عليها من خلال اتفاقها أو عدم اتفاقها مع مصلحة المريض، لأن الوجود المؤقت للسلطة والمصلحة هو نفسه كافٍ للنهى الأخلاقى عن استخدام مقابلة الدافعية.

الهوامش

(1) Yates (1984).

(2) Brown and Miller (1993); Miller (1999a).

(3) Fromm (1956).

(٤) لمزيد من المناقشة المفصلة لهذه القضايا الثلاث فى مقابلة الدافعية انظر (Miller, 1994).

5. Smart (1974); Trice and Beyer (1983).

6. Johnson (1986).

الباب الثالث

تعلم مقابلات الدافعية

الفصل الثالث عشر

تأملات فى التعلم

لا وجود لما يسمى بالتعليم، وهناك التعلم فقط.

Monty Roberts

كيف يتعلم الأفراد الأسلوب الشخصى لإجراء مقابلات الدافعية؟ ما الذى يجعل المرشد أكثر فعالية فى تعزيز دوافع الأفراد للتغيير؟ هل المهارة فى مقابلات الدافعية موهبة تولد مع القائم بالمقابلة أم مكتسبة يمكن تعلمها؟ ما الخبرات التى تفيد أكثر فى تعلم مقابلة الدافعية؟

تدهشنا هذه الأسئلة وتهمنا على حد سواء، فعلى مر السنين ومع تزايد الاهتمام بمقابلات الدافعية، تحول التركيز فى إنفاق الوقت والجهد أولاً من علاج العملاء إلى تعليم المتخصصين فى مجال الصحة وإجراء البحوث حول طريقة مقابلة الدافعية ثم إلى تدريب المدربين ودراسة أفضل السبل لمساعدة الأفراد على تعلم هذه الطريقة.

سنقدم فى هذا الفصل بعض الأفكار بشأن عملية تعلم مقابلات الدافعية، أملا أن يكون هذا مفيدا للقراء الذين يريدون تعزيز مهاراتهم فى تقديم الإرشاد الخاصة بهذا المجال. قدم هذا الفصل، فى الطبعة الأولى، سلسلة من التدريبات لتعليم مقابلات الدافعية، وقد تحول اهتمامنا فى هذه الطبعه التى بين أيديكم من التعليم إلى التعلم، إيمانا منا بأنهما، فى الجوهر، اسمان مختلفان لنفس العملية. فى الحقيقه، تعتبر بعض

اللغات الفعل "يعلم" والفعل "يتعلم" فعلا واحداً(*). ومن نظرة إلى الماضى ندرك أن حياة كارل روجرز تعكس تحولاً مماثلاً من التركيز على التقنية والأسلوب والتدريب إلى التركيز على عمليات استكشاف ظاهرتى التعلم والتغيير. نشير فى البداية إلى أنه لم يتعلم أى منا مقابلات الدافعية من خلال التدريب التقليدى، حيث لم يكن هناك كتب ولا أشرطة فيديو للتدريب ولا ورش عمل أو دورات دراسية أو مشرفين ليبينوا لنا كيف نفعل ذلك، فلم يكن هناك أحد، فى الحقيقة، يفعل ذلك، على الأقل ليس رسمياً (هذا إذا كان المرء يمارس حقًا مقابلة دافعية "رسمية" فى أى لحظة). ففى مجال تخصصنا، السلوكيات الإدمانية، كان العلاج يتم بوجه عام وعلى مستوى واسع بأسلوب المواجهة، حيث كان الطبيب أو المرشد بمثابة الخبير المعترف به، والذى كانت مهمته تثقيف العملاء أو إقناعهم أو تملقهم أو مواجهتهم أو إجبارهم على التخلى عن العادات المفضلة لديهم، وكان هناك كثير من التأكيد على تكيف العملاء وتناولهم للأدوية ومعاقبتهم وتدريبهم وإهانتهم لكى ينصاعوا لأهداف البرنامج. وقد أجريت قليل من الدراسات حول الإرشاد المتمركز حول العميل، وهو منحى قد تعرض للرفض، على نطاق واسع، كعلاج غير فعال للإدمان.

كان عملاؤنا معلمينا، وكان طلابنا مدربينا. بدأنا الحديث مع الأفراد الذين يعانون من مشاكل إدمان كما نفعل مع أى عميل آخر، ونحن سعداء بجهلنا بأساليب المتخصصين التى كانت منتشرة آنذاك فى علاج الإدمان، سألناهم أسئلة مفتوحة، وقد دفعنا الفضول لمعرفة كيف انخرطوا فى هذه التجارب التى قادتهم إلى هذه الأنماط التى يبدو أنها مدمـــرة للذات[1]، كنا مهتمين بما يريـدونه من الحيــاة، وما الأشياء التى لها قيمة لديهم، وما الأشياء المهمة والأقل أهميــة بالنسبة لهم. لقـد استمعنا إليهم كثيراً، وبدت العملية لنا محفزة ورائعة وممتعة، بل ومؤثرة فى كثير من الأحيان. رأينا أن هؤلاء أناس مثيرون للاهتمام وواسعو الحيلة اختاروا مساراً واحداً فى حين

(*) كما هو واضح فى العربية فى الجذر المشترك للفعلين يعلم ويتعلم. [المراجع]

١ Self-destructive.

كان يمكنهم أيضا اختيار مسارات أخرى. لقد أثار اختيارهم لهذا المسار حيرتنا، وكيف يفهمون وضعهم الحالى وفى أى اتجاه تسير حياتهم. ومع مرور الوقت، تعلمنا من عملائنا كيف نساعدهم ونساعد غيرهم مثلهم.

حاليًا، نتلقى الآن طلبات مستمرة لتعليم آخرين كيفية القيام بمقابلات الدافعية، وهى بالكثرة لدرجة لا نستطيع الاستجابة لها، ولذلك بدأنا برنامجًا فى عام ١٩٩٣ لتدريب المدربين. نستمتع كثيراً بتدريب الآخرين، ولكن هناك دائمًا ما يثير القلق حول هذه العملية، وقد أدركنا فى النهاية مصدر هذا الانزعاج: حيث يعد الشكل التقليدى للتدريب مماثلاً للغاية لنفس نموذج الخبير الذى نسعى إلى تجنبه فى الإرشاد، وذلك لأنه يوفر إجابات لمتلقين سلبيين نسبيا، وغالبًا بدون فهم حتى الأسئلة التى جلبت الأفراد فى المقام الأول للتدريب. هذا هو السبب فى تأكيد الباب الثالث من هذه الطبعة من الكتاب على التعلم بدلاً من التعليم.

العملاء كمعلمين

أولاً، ها هم نفس المعلمين الذين تعلمنا منهم مقابلات الدافعية متاحون لك أيضاً، وتتمثل أحد الأسباب التى تجعل من الممكن استمرار تعلم مهارات مقابلة الدافعية وتحسينها فى استمرار توفير المردود الفورى المبنى على الخبرة التى نكتسبها من العملاء الذين نقوم بخدمتهم.

ويعد المردود الدقيق أمرًا ضروريًا لاكتساب أى نوع من المهارة وصقلها، فمثلاً تتشكل الدقة فى الرماية باستمرار من خلال رؤية مدى قرب إصابة الأسهم للهدف، ومن الصعب تعلم لعبة الجولف فى الظلام، والغرض من وجود إجابات المسائل الرياضية فى الجزء الخلفى من كراسة التدريبات هو إتاحة المردود التصحيحى الفورى حول دقة حل المسائل.

تنطبق هذه الأهمية للمردود أيضًا على تعلم مقابلات الدافعية، فبمجرد أن تتعلم ماذا تحتاج مراقبته لدى العملاء، يصبح لديك مصدر ممتاز للمردود التصحيحى الفورى،

ويرجع ذلك إلى أن ما يقوله الأفراد فى أثناء مقابلات الدافعية يعد مؤشراً جيداً ومعقولاً لتغيير السلوك. والهدف من ذلك هو تعزيز الحديث عن التغيير وتقليل المقاومة، والهدفان ينطويان على زيادة الالتزام بالتغيير، وكلما كثر حدوث هذا، وارتفع مستوى لغة التزام العميل فى أثناء المقابلة، زادت فرص إحداث التغيير فى السلوك، فالحديث عن التغيير هو بمثابة المنارة التى يجب توجيه عجلة القيادة لها والمقاومة هى إشارة بأنك قد تكون قد انحرفت عن المسار قليلا.

لاحظنا أولا أن تعلم الإنصات المتمعن هو بمثابة المهارة الأساسية التى يقوم عليها تطور مقابلات الدافعية. فعندما يقدم المرشد عبارة تنم عن إنصات متمعن فعال، يستمر الشخص فى الحديث، حتى عندما يكون تخمين المرشد حول المعنى خاطئًا وعلى العكس من ذلك، عندما يقدم المرشد، عبارة تعوق الحوار يتوقف العميل أو يتقهقر أو يغير الاتجاه. وبالتالى توفر استجابة المرشد مردوداً فورياً عن مهارات الإنصات لديه.

علاوة على ذلك، تقدم استجابات العميل أيضًا معلومات فورية حول دقة التمعن. حيث تميل التمعنات، أولا وقبل كل شىء، إلى أن تكون إجابات الشخص عليها بـ"نعم" أو "لا" بصفة مباشرة أو ضمنية. وهذا يعنى أن الشخص يخبرك ما إذا كانت تمعناتك صحيحة أم لا. وليست هناك عقوبة على افتقاد بعض الإجابات. فإذا كان التفكير جيدا ولكنه ليس دقيقا، يستمر الشخص فى الحديث ويصحح الأجزاء الناقصة. بمجرد أن ندرك أن العملاء هم معلموك، وتهتم باستجاباتهم والمردود الوارد منهم، ذات الصلة بالمهارات، يقدم كل عميل فرصة لمزيد من تشكيل وصقل مهاراتك فى الإنصات المتمعن.

وينطبق الشىء نفسه على إجراء مقابلات الدافعية بصفة أعم أكثر؛ فبمجرد تعلم التمييز بين إشارات الحديث عن التغيير وتقارير المقاومة من خلفية خطاب العميل، يكون لديك المفاتيح التى تحتاج إليها للعمل على نحو أكثر فعالية مع كل عميل والتعلم من كل عميل (راجع الفصل الخامس). وبغض النظر عن مستوى استعداد العميل عند بدء الجلسة، حيث تدرك أنك على الطريق الصحيح عندما يعزز أسلوبك لغة التزام العميل (زيادة فى حديث التغيير وانخفاض المقاومة)، بينما يتمثل المعيار الأخير، بطبيعة الحال، فى حدوث التغييرات فى سلوك العميل، ولكن نادراً ما يحصل

الإكلينيكيون على مردود ثابت للتغيير السلوكى طويل المدى. علاوة على ذلك، يأتى مثل هذه المردود متأخراً جدا وغير محدد مما يجعله غير مفيد أبداً فى تشكيل ممارسة أكثر فعالية. ونظراً لأن مردود العميل واستجاباته المباشرة والفورية لحظة بلحظة فى أثناء الجلسات ترتبط بالنتائج السلوكية، فهى أكثر فائدة، فضلا عن أنها متاحة باستمرار دون أى تكلفة إضافية.

استخدم الكاشف الخاص بك للاستدلال على التنافر

من المفيد، عند ممارسة مقابلات الدافعية، أن تولى اهتماماً ليس فقط لاستجابات عميلك، ولكن أيضا لاستجاباتك؛ فبعد التناغم - التنافر واضح، وبمجرد ما تبدأ عملية الإرشاد فى الانزلاق إلى التنافر يشعر بذلك كل من العميل والمرشد النفسى، وقد لا يسجل ذلك بوعى تنافراً فى العلاقة، ولكن يمكنك تعلم استخدام الخبرة الداخلية كعلامة على ذلك، وقد يتخذ ذلك لدى بعض المرشدين صورة "نعم - حقا؟" مما ينم عن الشعور بعدم استقرار العلاقة، بينما تكون بالنسبة لآخرين صورة بدنية أو عاطفية أعلى صوتاً فى الإعلان عن نفسها. انتبه لاستجاباتك الداخلية للتنافر وتعلم ملاحظتها كعلامات.

ثمة خطوة أخرى فى الوعى الذاتى[1] تتمثل فى إدراك كيف تتفاعل

فى السلوك العلنى؛ فعند الشعور بالتنافر، يغير بعض الممارسين الموضوع فجأة، ويتوجهون بعيدا عن نقاط الخلاف. نرى أن ذلك ينطبق بصفة خاصة على الإكلينيكيين الذين يعملون فى بيئات (مثل مراكز الرعاية الصحية)، حيث يكون الوقت المخصص للإرشاد النفسى قصيراً ويجب أن يكون مركزا على المهمة، وفى هذه الحالات يمكن أن يشير التنافر إلى تفاعل يستغرق وقتاً طويلاً قد يدفع الممارسين المشغولين إلى أن ينحرفوا ببساطة بعيداً. هناك، بالطبع، أسباب أخرى كذلك لتجنب الصراع كذلك.

---

١ Self-consciosness.

يستجيب مرشدون نفسيون آخرون بشكل مختلف. فعلى سبيل المثال، اعتاد المرشدون الأمريكان فى مجال الإدمان على التدرب على رؤية إشارات التنافر كمظاهر لآليات دفاع العميل القوية التى كانت واصمة لمرض الإدمان. وكانت الاستجابة التى دافعت عنها عديد من برامج التدريب هى المواجهة العدوانية من أجل "تحطيم دفاعات العميل" و"التغلب على الإنكار. وبالنسبة للمرشدين النفسيين بهـذا التوجه العقلى[١]، يحتمل أن تؤدى مقاومة العميل إلى إثارة تكتيكات هجومية تهدف إلى مواجهة الإنكار. ومن المنظور الذى يعرضه هذا الكتاب، بطبيعة الحال، كان هذا يسير، على وجه التحديد، إلى الوراء: فالمرشد يدافع بقوة عن الجانب "الجيد" من تناقض العميل، والذى يثير المزيد من سلوك المقاومة، ويقلل من احتمالية التغيير.

مهما كانت استجابتك المنعكسة للتنافر، فإنه من الحكمة مراقبة علامات التنافر وأن تختار بوعى كيفية الاستجابة. ويقدم الفصل التاسع قائمة بالاستجابات التى تم تصميمها لتقليل التنافر ومقاومة العميل.

مصادر أخرى تساعد على التعلم

كانت هناك مصادر أخرى عديدة للمردود على الممارسة مفيدة لنا فى التعلم وتنقيح مهاراتنا فى إجراء مقابلات الدافعية. حقا، ليس هناك بديل عن الاستماع إلى الأشرطة الصوتية أو مشاهدة أشرطة الفيديو الخاصة بالممارسة. إن إدراك ما يحدث فى مقابلات الدافعية من خلال مشاهدتها مسجلة على الشرائط أسهل بكثير من القيام بذلك فى أثناء المقابلات نفسها، ومن الممكن أيضا، بعد أخذ الموافقات الضرورية، استعراض الأشرطة مع الزملاء ومناقشة الديناميات الملحوظة. سيتيح ذلك المزيد من الفرص التى لا تتوفر فى الممارسة الحقيقية، حيث يمكن وقف الشريط وإرجاعه واستعراض ما حدث.

---

١ Mental set.

وقد يكون من المفيد تعليميا أيضًا سؤال العملاء عن وجهات نظرهم فيما يحدث. جاءت إحدى تجارب التعلم مؤخرا من المدخنين الذين تطوعوا بالمساعدة فى تطوير أفكار جديدة لكى تستخدم فى مجال تدريب المرشدين(١)، حيث قيل لهم إن الهدف ليس تقديم الإرشاد لهم ولكن إجراء تجربة التحدث معهم بطرق مختلفة ومعرفة استجاباتهم، وتم إجراء مقابلة معهم باستخدام مرآة فى اتجاه واحد وكاميرا فيديو، وتبادل الممارسون الأماكن عند الضرورة، فى محاولة لتجربة الأفكار الجديدة والقديمة، ثم تم إجراء مناقشة مع المدخنين بعد ذلك عما وجدوه مفيدا ولماذا. تمت عملية تعلمنا على مستويين، فعلى المستوى الأول، اكتشفنا من المدخنين كيفية طرح الأسئلة البسيطة التى تستخرج عبارات التغيير فى جلسات استشارة قصيرة، بينما على مستوى أعمق، تقدم فهمنا لعملية الاستشارة كنتيجة مباشرة لهذه اللقاءات. كنا نستخدم مقياسًا بسيطًا على الورق لقياس الاستعداد، وتساءلنا لماذا يضع عدد كبير أنفسهم فى الوسط عند نقطة "غير متأكد" على الخط. لمعرفة ذلك، وجهنا لهم هذا السؤال: "لماذا هنا (مشيراً إلى وسط السطر)، وليس هناك (نهاية السطر'غير مستعد')؟ بالإضافة إلى معرفة أن هذا السؤال استخرج حديث التغيير، قادنا ذلك أيضا إلى المفهومين التوأم، ونقصد بهما الأهمية والثقة كمكونين أساسيين للاستعداد للتغيير. شكلت هذه التجارب فى التعلم، لاحقا، قلب نص عن الإرشاد لتغيير السلوك(٢).

وقد أعددنا أيضا نظمًا مختلفة لترميز جلسات مقابلات الدافعية على الأشرطة، مما يسمح بمزيد من التحليل الأدق؛ فمثلاً، أعد مجموعة من زملاء مقابلات الدافعية نظامًا مفصلاً للترميز لدراسة مدى اكتساب المرشد لمهارة مقابلات الدافعية على مدار التدريب، حيث ينطوى النظام على ثلاثة تحاليل منفصلة(٣). التحليل الأول عبارة عن مجموعة من تقييمات الممارسة العالمية لنمط المرشد واستجابة العميل وجودة التفاعل، والتحليل الثانى هو التحليل الأكثر فى متطلباته، حيث يتطلب تصنيف كل استجابة للمرشد (على سبيل المثال، الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة والتمعن والمشورة وتقديم المعلومات) وكلام العميل (على سبيل المثال، حديث التغيير والمقاومة) باستخدام نظام لفئات السلوك التى يحل بعضها محل بعض حصريًا بحيث لا تجتمع هذه الفئات معًا.

يسجل التحليل الثالث ببساطة الوقت الذى يستغرقه كل من حديث العميل والمرشد ويحسب النسبة المئوية لكل منهما. وقد توقعنا أن نظام ترميز الأشرطة، فى ظل نظام ترميز مهارة إجراء مقابلات الدافعية (MISC)، سيكون شاقا نوعا ما، ولكن، فى الحقيقة، وجد كل من الإكلينيكيين من ذوى الخبرة العالية فى إجراء مقابلات الدافعية، وكذلك المرمزون من ذوى الخبرة على حد سواء أن عملية الترميز تنطوى على تجربة رائعة تستغرقهم، فضلا عن أنها توفر تحليلاً داخلياً لديناميات إجراء مقابلات الدافعية بطريقة لا يوفرها مجرد الاستماع للجلسات.

قمنا بترميز الجلسات ليس فقط للمتدربين قبل وبعد ورشة عمل تدريبية، ولكن أيضا بالنسبة لكبار الإكلينيكيين من ذوى الخبرة العالية فى إجراء مقابلات الدافعية. أتاح لنا هذا فكرة عن مقدار التغيير المتوقع من ورشة العمل بمفردها (وهذه مسألة نوقشت فى الفصل الرابع عشر)، فضلا عن بعض القواعد المثالية لاستهدافها فى التدريب، بناء على جلسات نموذجية. وبدون التوقف عند تفاصيل الترميز، توصلنا إلى المبادئ التوجيهية العامة التالية للممارسة:

- تحدث أقل من العميل.
- قدم تمعنين أو ثلاثة لكل سؤال تسأله.
- اجعل الأسئلة المفتوحة ضعف عدد الأسئلة المغلقة.
- عند الإنصات للعميل بطريقة مواجدة، يجب أن يكون أكثر من نصف التمعنات التى تقدمها أعمق وأكثر تعقيدا (ما وراء العبارات[1]) بدلاً من مجرد تكرار حديث العميل كما هو.

١ paraphrase.

ملخص

إحدى المزايا الأساسية لتعلم مقابلات الدافعية هي مدى تقديم العملاء مردود وآراء تصحيحية مباشرة ومستمرة بمجرد ترسيخ منظور مقابلات الدافعية ومهاراتها الأساسية. بعد معرفه ماذا تريد من العملاء، فإنهم يصبحون معلميك. التطبيق الصحيح لطرق استثارة حديث التغيير سيستخرج بالفعل حديث التغيير، بينما تؤدى الخطوات الخاطئة إلى استثارة المقاومة وزيادتها، ويؤدى الإنصات المتمعن الجيد إلى استمرار العميل فى الاستكشاف بشكل منفتح، فى حين تحد الحواجز من عملية استكشاف الذات، كما تؤدى معظم عبارات الإنصات المتمعن إلى مردود فورى على صحة التمعن، وذلك على طول المزيد من التفصيل الذى من شأنه أن يشحذ من دقة تمعناتك. ويؤدى التوقيت الجيد فى الانتقال إلى المرحلة الثانية إلى الالتزام بالتغيير، بينما يؤدى الانتقال المبتسر المتعجل للالتزام إلى التقهقر للوراء.

بصفة عامة، المهم هو الاهتمام بعملائك، بعيون وآذان مفتوحة لحقيقة أن ما يقولون (وكيف يقولونه) لا ينبع ببساطة من داخلهم فقط، ولكنه إلى حد كبير بمثابة استجابة لدينامية سلوكك الإرشادى. عملاؤنا هم مرشدونا، ولقد تعلمنا منهم إجراء مقابلة الدافعية، وليس هناك معلمون أفضل من العملاء.

الهوامش

(1) Rollnick, Butler, and Stott (1997).

(2) Rollnick, Mason, and Butler (1999).

(3) Miller and Mount (2001).

الفصل الرابع عشر

تيســـير التعلـــم

"التعــلم ليس ســـوى اكتشـــاف أن شيئًا ما ممكن،
التعليـــم يعنى إظهـار أن شــيئا ما ممكـــن لشخص
"Fritz Perls, Gestalt Therapy Verbatim

يتمثل موضوع هذا الفصل فى تيسير نوع الخبرات التعليمية ذات الجودة، التى وصفناها فى الفصل الثالث عشر لدى الآخرين. السيناريو مألوف لكل من المستفيدين والمدربين، حيث تجتمع مجموعة من الأفراد لديها توقعات معينة، ثم يبدأ التعلم؛ ومع ذلك، هل يتم عمل أى شىء بعد ذلك فى الممارسة اليومية على نحو مختلف؟ فى كثير من الأحيان، ربما، لا يتغير سوى القليل جدًا فى الواقع.

على الرغم من ذلك، نسمع أحيانا مرشدًا نفسيًا يقول شيئا مثل: "تبدو الأمور مختلفة لى فى العمل يومًا بعد يوم، فأنا أتكلم أقل، إنه لشىء مرضٍ حقًا أن ترى الإنصات المتمعن ينجح. يبدو العمل كله أكثر هدوء وأقل هرولة، مع أننا نحرز تقدما جيدا، والعميل يتحدث عن التغيرات والتحديات إلى حد بعيد. هذا بالتأكيد يحسن من ممارستى لعملى".

هذا الفصل موجه لأولئك الذين يريدون تسهيل تعلم مقابلات الدافعية من قبل الآخرين، ويركز على السؤال التالى: كيف يتعلم الأفراد مقابلات الدافعية عندما تعطى لهم فرصة منظمة للقيام بذلك؟ إذا كنا نحن تعلمنا ذلك من خلال التحول التدريجى،

كما نظن أن معظم الآخرين تعلموا بنفس الطريقة، فكيف يمكن تسخير هذا التعلم وتشجيعه لدى الآخرين؟ لا يقدم هذا الفصل توصيات بمحتوى معين لدورة دراسية أو ورشة عمل أو برنامج محدد، ولكنه يتناول القضايا الأوسع نطاقًا والمبادئ التي لها تأثير حاسم على كيفية هيكلة خبرات التعلم. وأولى خطوات ذلك هي النظر لهذا الأمر ليس بوصفه شيئًا يمكن اكتسابه خلال مناسبة أو حدث ما، مثل ورشة عمل، ولكن كعملية مستمرة يناضل فيها المرشدون على مدى فترة من الزمن تمتد لشهور أو سنوات باستخدام مختلف فرص التعلم للتمعن حول إعادة صياغة وتنقيح ممارساتهم الإكلينيكية.

تنطوي مقابلات الدافعية على تكامل مجموعة معقدة من المهارات الإكلينيكية وتضع تحديات خاصة للمدربين والمشرفين، فهي ليست توجهًا يمكن اكتسابه فقط من خلال القراءة أو الإنصات إلى المحاضرات أو مشاهدة عرض في أشرطة الفيديو – أو حضور إحدى ورش العمل. بالنسبة للمبتدئين، يتطلب ذلك تعلم مجموعة من المهارات العلاجية المتكاملة وتنمية الحكم الخاص بتوقيت وكيفية استخدامها. بالنسبة للإكلينيكيين ذوي الخبرة، فقد ينطوي ذلك أيضا على نبذ الأساليب والعادات المألوفة (التي سبق أن تعلموها ومارسوها) في التعامل مع العملاء.

بعض المبادئ الإرشادية

يشبه تعليم مقابلات الدافعية القيام بها. عندما يجرى التدريب على ما يرام، فإنه غالبا ما يتوقف على توجه المدرب وروحه – احترام الاحتياجات التعليمية ووجهات نظر الآخرين والرغبة في التعرف على هذه الاحتياجات ووجهات النظر. يدخل كل من المدرب والمتعلم معا في عملية تعاونية استكشافية.

المبادئ المبينة في هذا الفصل ليست سوى بعض ما تعلمناه من خلال الممارسة اليومية في مساعدة الآخرين على تعلم مقابلات الدافعية، فإذا كانت الأمور لا تسير على ما يرام تمامًا في التدريب، يكون من المغرى إلقاء اللوم على المتعلمين بأنهم مقاومون، والبحث عن بعض تقنيات التعليم لعلاج المشكلة، ولكن بدلاً من ذلك تعلمنا فحص ما إذا كنا قد خرقنا مبادئ التدريب التي سنصفها الآن.

مارس ما تدعو إليه

من المؤكد منطقيًا لتيسير تعلم مقابلة الدافعية لآخرين، ينبغى أن تكون على مستوى عالٍ من المهارة فيها، ويعنى ذلك أن تكون لديك خبرة كبيرة فى تطبيق مقابلات الدافعية مع مجموعة من العملاء المتنوعين، ويفضل أن يتم ذلك فى ظل إشراف ومردود مناسبين كما ينبغى أن يكون المدرب لديه الاستعداد والرغبة والقدرة أن يجلس عندما يطلب منه، ويعرض كيفية عمل ذلك بمهارة.

نفس الخصائص التى تجعل المرشد يمارس مقابلة الدافعية بنجاح هى التى تساعد فى تعليمها للآخرين. ويتطلب هذا احترام الفروق الفردية، وتحمل الرفض والتناقض، مع الصبر والاهتمام والرعاية المخلصة للأفراد الذين تخدمهم. ينقل المدرب الحماس والالتزام فى أثناء تعليمه لهذا المنحى، ولكنه لا يتضايق من أولئك الذين يختلفون معه، ويفضلون غيره من المناحى. فمقابلات الدافعية ليست للجميع، ويرى بعض المرشدين أنها لا تتناسب مع أسلوبهم الخاص ومهاراتهم. والتدريب الجيد، مثله مثل الإرشاد الجيد، يحترم الاختيار الشخصى، مع التحلى بفكرة "خذ ما تريد ودع الباقى". يمكن أن تظهر مهارات مقابلات الدافعية وصفاتها بنفس الطريقة التى تتعامل بها مع المتدربين، حيث يعكس تصرفك فى التدريب نزاهتك وصدقك ونفس الأسلوب الذى ترغب فى نقله للمتدربين.

أنصت إلى المتعلمين

يشكل تعلم كيفية الإنصات تحديًا على كلا الجانبين من العملية التعليمية؛ من المهم الإنصات إلى خبرات ومخاوف وتوقعات من تخدمهم – تلك هى إحدى التوجيهات التى قد يصعب اتباعها عندما تكون قد انتهيت من وضع خطة ورشة العمل التى أنت بصدد القيام بها، فقد يعنى ذلك، على سبيل المثال، التخلى عن خطة شاملة ومعدة جيداً بعناية فى منتصف الطريق فى دورة تدريبية، وتقبل بعض النقد والسماح للناس بأن يكون لهم رأى مهم فى الكيفية التى يرغبون أن يسيروا بها.

ويتمثل أحد المناحى الجيدة، التى يمكن أن يقى من بعض الخبرات المؤلمة، فى قيام المدرب ببعض الإنصات مقدماً حول احتياجات المتدربين الخاصة وآمالهم ورغباتهم. تتنوع مجموعات المتعلمين، تماما مثل العملاء. وقد سعدنا بالعمل مع مجموعات كانت تدرس وتمارس وتناقش مقابلات الدافعية، وكانوا ينتظرون بفارغ الصبر فرصة أخرى لمزيد من التعلم. من ناحية أخرى، دخلنا حلقات عمل، حيث كان يقال للمشاركين. "ستتعلمون وتقومون بمقابلات الدافعية، شئتم أم أبيتم". تمثل هذه الأمثلة نقاط انطلاق مختلفة إلى حد بعيد. فهناك، فى كثير من الأحيان، أمثلة وحالات خاصة شائعة فى أماكن التعلم، ينبغى إدراجها فى عملية التعلم من أجل تعزيز أهميتها وصلتها بالموضوع.

حذار من شرك الخبير

غالبًا ما يحضر الإكلينيكيون الذين يرغبون فى "التعرف" على موضوع جديد جلسة واحدة أو ورشة عمل ليوم واحد وينصتون عبر غرفة مزدحمة إلى عرض يقدمه خبير فى هذا الموضوع. القليل من ينظر إلى ذلك بوصفه تدريباً على اكتساب المهارات، ومع ذلك يترك كثيرون المكان، وهم راضون بأنهم حصلوا على كل شيء، ويعودون إلى حياتهم العملية، وقد يحدثون أنفسهم قائلين "أقوم بذلك بالفعل"، وإذا ورد موقف ما على ذاكرتهم، قد يجربون استجابة جديدة، أو على الأقل يفكرون بشكل مختلف قليلاً فى بعض القضايا المحيطة بهم. يتم تقديم، مقابلات الدافعية، والعلاج المعرفى السلوكى وأساليب علاجية أخرى لا تحصى، للمتدربين بهذه الطريقة فهم يتعلمون الأسلوب وليس كيفية القيام به.

على الرغم من أن عرض المفاهيم والمهارات المفتاحية، من وجهة نظر الخبير ومن أعلى إلى أسفل أمر ذو قيمة، يصعب تجاوز التشابه بين تحفيز العملاء وبين تقديم المشورة للإكلينيكيين للنظر فى عمل تغييرات فى روتين حياتهم اليومية. قل لهم، بصفتك الخبير، إنهم بحاجة إلى تغيير، ولماذا وكيف يجب أن يقوموا بذلك،

ويمكن التنبؤ بشكل معقول بالنتيجة: الخروج من التدريب والمقاومة وعدم وجود تغيير دائم فى الممارسة العملية. فن تيسير التعلم هو إيجاد التوازن الصحيح بين تبنى مناح جديدة لمشاكل مألوفة، ووضع حلول ذات صلة شخصية بالمتدربين. إن تلقى أوامر من خبير بما يجب القيام به ليس أكثر إقناعا وإغراءً للمعالج عما هو للعميل.

تجنب الانشغال بالتقنية[1]

ليس هناك أريح للخبير من تقديم الخبرة التقنية، أى تقديمها بصورة بارعة ونظيفة ومنطقية وواضحة ومتدرجة خطوة بخطوة. ومع ذلك، تعلم مقابلات الدافعية ليس مجرد مسألة تقنية، فالمرشدون لا يحتاجون فقط للشعور بالقدرة على تغيير كفاءاتهم وتنميتها فى منحى جديد، ولكنهم بحاجة أيضا إلى الشعور بأنهم راغبون ومستعدون للقيام بذلك، كما يجب أن يشعروا بأن ذلك مهم ومفيد لهم وأن حرصهم على أن يكونوا واقعيين أو على صلة بالموضوع مفهوم. وغالبا ما تثار القضايا الأخلاقية والمهنية والثقافية والإكلينيكية المعقدة عند تعلم مقابلات الدافعية؛ فالاستجابة بشكل بناء لمثل هذه الشواغل الأوسع نطاقا لا يقل أهمية عن التركيز على مزيد من التفاصيل التقنية، وإلا سيشعر المتعلمون بالإحباط إذا ما سقطت التجربة فى مستنقع التمعن ولم يتم نقل التقنية نفسها. فعادة ما يكون برنامج التدريب فى أفضل توازن له عند المزج الصحى بين الاثنين.

اقترب من خبرات المتدربين اليومية

يهدف التدريب إلى الاقتراب من قلب الخبرات اليومية للمرشدين النفسيين للتأثير على الروتين المتكرر والانتصارات والمآسى التى تحدث بين الحين والآخر. فى هذا الصدد، يمكن أن يكون القيام بتدريب وتعليم المرشدين النفسيين أسهل من القيام بذلك للعملاء،

---

١ Technical twitch.

حيث يستطيع المدرب فى الحال أن يناقش الخبرات بعد وقت قصير من وقوعها ويمكن الاطلاع على العالم اليومى للمرشد من خلال أشرطة التسجيل الصوتية أو المرئية، كما يمكن للمدرب أن ينظم فترات للتمعن الهادئ، ومراقبة المتدربين على أرض الواقع أو فى لقاءات محاكاة، وتقديم الاقتراحات (بطبيعة الحال بعد الاستئذان)، وتشجيع إجراء البروفات... إلخ. باختصار، يمكن للمرء أن يدخل سياق المرشد النفسى. تجاهل هذه الميزة الهائلة يشبه قليلا تعليم الأفراد لعبة التنس أو الجولف بينما هم جالسون فى أحد الفصول، أما استخدام ذلك بطريقة بناءة فيتطلب الحرص الشديد على اصطياد كل فرص التعلم واغتنامها.

تكيف مع التفضيلات الفردية للتعلم

يختلف الأفراد فيما بينهم، من حيث تفضيلاتهم لما يتعلمون ولماذا وكيف يتعلمون. قد يصعب الالتزام بهذه الملاحظة، التى تبدو عادية، عندما يتعلق الأمر بالعمل مع مجموعة من المتدربين، حيث يكون التوجه، لأسباب عملية بحتة، نحو توفير فرص متكافئة للجميع. فعلى سبيل المثال، تخيل شخصًا مستعدًا جدًا لمناقشة قيمة الإنصات، بينما يود آخر أن يكون هناك إشراف على الممارسة، وثالث يريد أن يراقبك وأنت تقوم بالفعل، ورابعة على اقتناع بأنها تعرف بالفعل كل هذا. سيكون من دواعى الأسف تجاهل هذه التطلعات المختلفة، ولكن يبدو أن المرء يكون مضطرًا فى كثير من الأحيان لفعل ذلك فى مجال التدريب.

ومع ذلك، من الممكن، لا سيما إذا كان المدرب يعمل مع مساعد مدرب، توفير مزيد من التنوع للمشاركين. أولئك الذين يشعرون بأنهم يتقنون بالفعل المادة المقدمة، يمكن أن يُطلب منهم القيام بدور نماذج أو مدربين داخل مجموعات ممارسة صغيرة، وأولئك الذين يرغبون فى المراقبة، يمكنهم القيام بذلك الدور ضمن مجموعات الممارسة وقد يستطيع مساعد المدرب تقديم عرض فى إحدى الزوايا من الغرفة، بينما يستطيع الآخرون الذين يفضلون الممارسة القيام بذلك. ارتجلنا ذات مرة عددا من الخيارات

لمجموعة من المتخصصين فى الرعاية الصحية الأولية لديهم احتياجات تعليمية مختلفة، بحيث يستطيعون التنقل بفاعلية فى تسلسل من خلال سلسلة أو "محطات" من التعلم. فى وقتٍ ما بينما كان اثنان منهم يشاهدان أشرطة الفيديو، كانت ثالثة تناقش أثر أسلوبها فى المقابلة مع شخص يحاكى دور العميل، وكان آخران يناقشان مناحى جديدة مع أحد المدربين فى حين يقوم آخر بالإشراف مع المدرب الثانى، وقد قرر فرد آخر أنه بحاجة إلى بعض الراحة من التعلم! ليس من الممكن دائمًا التحلى بالمرونة حتى فى ظل توفر مجموعة من الفرص المتاحة للتعلم، ولكن من المؤكد أنه ينبغى وضع هذا الأمر فى الاعتبار بوصفه مبدأ للممارسة الجيدة.

حافظ على البساطة

عمل زميلنا ستيف بيرج – سميث Steve Berg-Smith فى وظيفة مدرب لسنوات عديدة، وسئل ذات مرة: "ما الشيء الأكثر فائدة مما تعلمته؟" جاء جوابه بكلمة واحدة: "البساطة". قد يكون من المفيد النظر فى التمييز بين المقدمة والخلفية عند تقديم مواد جديدة للأفراد، فإذا كان العرض المبدئى (المقدمة) بسيطًا، عندئذٍ ينظر الأفراد إلى مواد الخلفية الأكثر تعقيداً بسرعة وينظرون لمستوى التفاصيل التى تناسب احتياجاتهم.

مثل الآخرين الذين ييسرون تعلم هذا المنحى، نبحث باستمرار عن وسائل لنقل الروح الأساسية لمقابلة الدافعية ومبادئها ومهاراتها بلغة بسيطة تلائم سياق المتدربين. فمثلاً، عند العمل مع الإكلينيكيين، نادرا ما يتم منحنا وقتًا كافيًا لتعليم الإنصات المتمعن الماهر، ولكن يمكننا فى الغالب نقل الجوهر من خلال سؤالهم بأن يقدموا "ملخصات بسيطة" لما يقول لهم مرضاهم فى سياق معين. القياس المناسب للمتعلم مثل "الرقص مقابل المصارعة" قد ينقل بسرعة جانبًا من روح هذا المنحى. يمكن للاسم المركب من الحروف الأولى (OARS) (الفصل السادس) أن يكون مفيدا للذاكرة فيما يتعلق بالمهارات الأربع المصغرة التى تشكل أساس مقابلات الدافعية المتمركزة حول العميل. مرة أخرى، ثمة توازن لطيف بين البساطة الإبداعية والتبسيط المبالغ فيه.

بعض الجوانب العملية للتيسير

قد يبدو من الصعب للغاية الحفاظ على هذه المبادئ في الذهن، حيث تنطوي كثير من القضايا للتفكير فيها في فترة قصيرة من الزمن، وغالبا ما تكون أول رغبة هي الحصول على نتائج ملموسة! للوفاء بهذه الحاجة للتعلم، سنتمعن هنا بعض الجوانب العملية للتيسير.

ما المواضيع التي ينبغي تغطيتها ؟

القضية العملية الأولى هي واحدة من القضايا الأكثر شيوعًا التي يثيرها الميسرون[1]، وهي أيضا إحدى القضايا التي لن نجيب عليها في هذا الكتاب وهي: ماذا ينبغي أن أدرج في التدريب؟ يعتمد الجواب بالكامل، تقريبا، على السياق. يشمل هذا السياق خبرة الميسر والسياق الذي يعمل فيه المتدربون وخبراتهم وتطلعاتهم ومشاكل عملائهم والوقت المتاح لهم... إلخ. طور المدربون ثروة من المعلومات، يمكن الاطلاع على بعضها على الموقع: www.motivationalinterview.org، وفي الطبعة الأولى من هذا الكتاب. ينطوي التيسير الخلاق على فهم احتياجات المتدربين وخلق فرص التعلم للوفاء بها.

من هذا المنطلق، فإن التفكير في المحتوى ليس دائمًا نقطة بدء مثمرة. وثمة أسئلة أخرى مثيرة تنشأ من سياق متلقي التدريب: ماذا يريدون؟ ما خبراتهم التي تجعل مقابلة الدافعية تبدو مهمة أو غير مهمة؟ كيف يتعاملون حاليًا مع هذه التحديات؟ غالبا ما توضع المواضيع التي سيتم تغطيتها في مكانها الصحيح بمجرد الرد على مثل هذه الأسئلة.

---

١ Facilitators.

وماذا عن مهارات الإنصات؟

يعد الإنصات المبنى على المواجدة مهارة أساسية وتأسيسية لا يمكن ممارسة مقابلات الدافعية بدونها؛ حيث تنطوى الروح الأساسية لهذا المنحى أيضا على اهتمام ورغبة فى الإنصات إلى العالم الداخلى للعميل. لذلك، ربما تكون أهم مهام الميسر هى تعزيز الاهتمام بهذا الموضوع، إلى جانب الرغبة والمثابرة لتنمية مهارة حقيقية فى الإنصات المتمعن.

أحد الأخطاء التى تعلمنا ألا نقع فيها، هو افتراض أن المتدربين - بما فيهم علماء النفس المهنيون والمرشدون والقساوسة والأخصائيون الاجتماعيون وأمثالهم - يجيدون بالفعل الإنصات المتمعن. اسأل مجموعة من هؤلاء الأفراد إذا كانوا مستمعين جيدين، وسيجيبون بأنهم بالفعل مستمعون جيدون، وأنهم يعرفون كيف يقومون بالتمعن المتمحور حول العميل. لكن عليك أن تجعلهم يجلسون، وتطلب منهم أن يثبتوا لك أنهم مستمعون جيدون، من المحتمل (ثلاث أو أربع مرات من أصل خمس - حسب المجموعة) أن تجد فى الغالب مقاطعات للحوار مختلطة مع عدد قليل من التمعنات من المستوى المنخفض. يصعب إتقان مهارة الإنصات المتمعن، وأناس أكثر بكثير يعتقدون أنهم اكتسبوا هذه المهارة دون أن تكون دائماً متوفرة فيهم بالفعل. كما هو الحال مع لعبة الشطرنج، تستمر مهارة المواجدة فى التطور والنضج خلال الممارسة طوال الحياة. الرسالة: لا تترك مهارات الإنصات إلا إذا كنت تعرف عن يقين أن طلابك يتقنون بالفعل هذه المهارة.

هنا، إذن، تحد مشترك للميسرين. فبدون مهارات الميسر فى الإنصات المتمعن، لا يستطيع طلابه الذهاب إلى أبعد من ذلك فى مقابلات الدافعية. فمن الممكن، بطبيعة الحال، تعليم تقنيات أو أدوات محددة (مثل مقياس الاستعداد) التى يمكن من خلاله إظهار بعض من طبيعة هذا المنحى دون الحاجة للوقت اللازم لتطوير المهارة الإكلينيكية. ومع ذلك، إذا ما كنت تحاول القيام به هو تعليم طريقة مقابلات الدافعية، يكون حسن الإنصات المتمعن أمراً أساسياً، إلا أنه من الشائع أن تواجه الطلاب الذين

يشككون فى قيمة الوقت المنقضى فى الإنصات، الذين يرون أنه "مجرد مهارات أساسية فى تقديم الإرشاد التى أعرف بالفعل كيفية استخدامها". تقع فى شرك المواجهة عندما تبدأ القول "لا، أنت لا تعرف حقا كيفية القيام بذلك، وأنت بحاجة لمعرفة ذلك".

لحسن الحظ، من المرجح أن يفهم ميسر مقابلات الدافعية جيدا ديناميات المقاومة، فضلا عن تقنيات التغلب عليها. اعترف بأن مستويات الطلبة ستكون متفاوتة فى الكفاءة فى هذه المهارة، وفكر فى اهتمامات ومشاغل ومصدر قلق المقاومين، واطلب من المشاركين أن يذكروا، مع تقديم أمثلة، كيف ينجح التمعن بالنسبة لهم، أو لماذا يستمتعون به، وناقش معهم كيف يعد هذا التمعن نقطة انطلاق أساسية للمهارات المتقدمة فى مقابلات الدافعية. نرسم أحيانا مقياسًا متخيلاً على الأرض ونطلب من الأفراد أن يضعوا أنفسهم عند نقاط مختلفة على امتداد المقياس للتعبير عن مستوى إدراكهم لكفاءتهم فى الإنصات المتمعن أو مستوى اهتمامهم بتحسين مهارتهم فى هذا المجال، ثم نجرى مقابلة وجيزة مع أفراد حصلوا على نقاط مختلفة على المقياس. هذه ببساطة مجرد أمثلة لتوضيح أنه يمكن تطبيق نفس الأساليب المستخدمة فى الرد على مقاومة العملاء، بشكل خلاق، فى عملية تيسير تعلم هذا المنحى.

ما مدى أهمية الممارسة والمردود ولعب الدور؟

تعد الممارسة مع المردود أحد مفاتيح اكتساب المهارات اللازمة لمقابلات الدافعية (وفى الحقيقة أى تواصل أو أى مهارة مركبة)، وفى الغالب يعتبر لعب الدور الأداة المركزية للسماح للأفراد بالممارسة وتلقى مردود... إلخ. وقد صمم الميسرون مجموعة واسعة من التدريبات الإبداعية لضمان أن تكون خبرة مثيرة ودافعة للأفراد، ويستخدم "تمثيل أدوار المرضى" الآن على نطاق واسع فى تعليم مهارات الاتصال فى مؤسسات التدريب على الرعاية الصحية.

لكن استقبال المتدربين وممارسى الرعاية الصحية للعب الدور لا يوازى دائمًا حماس الميسرين؛ ففى الواقع، يمكن أن يقترب رد فعلهم من الازدراء، وقد يصحبه روايات عن خبرات سيئة (غالبا ما تكون نتيجة لتدريبات سيئة التصميم)، وقد ينبع عدم الارتياح والمقاومة من الطبيعة "المفتعلة " أو "المصطنعة" لتمارين الممارسة. اسأل المتدربين فى مجموعات ما إذا كانوا يريدون ممارسة "تمثيل الأدوار" ستكون استجابتهم فاترة فى الغالب، فهم يفضلون الدور السلبى المتمثل فى الإنصات ومشاهدة العروض. ومع ذلك، إذا ما قبلت واستسلمت لهذه السلبية، سيكون لديك مشاهدون بدلا من خبرة تعلم.

كما اكتشف عديد من الميسرين؛ من الممكن أن تكسب إلى صفك، حتى المتشككين المتصلبين، إذا كانت السيناريوهات والأدوار ممتعة ومثيرة للاهتمام، فإذا كان هناك أدوار مختلفة متاحة ضمن تمارين الممارسة (على سبيل المثال: متحدث أو عميل، مستمع، مراقب، مرمز بيانات)، يمكن للمشاركين توزيع أنفسهم على أدوار يشعرون معها بارتياح أكثر. والسماح أو حتى إصدار تعليمات لإجراء التجربة حتى مع وجود أخطاء يمكن أن يخفف الضغط، كما قد يؤدى تقديم العرض أولاً إلى تسهيل الممارسة اللاحقة.

العمليات النظرية التجريدية والممارسات اليومية

ينظر، أحيانا، للتعليم المهنى المستمر كنوع من وقت الراحة من الممارسة اليومية – وقت لاسترخاء المرء قليلا والتفكير فيما يفعل، وبناء مخزون أكثر مرونة من المهارات الإكلينيكية. وغالبا ما يوفر التدريب على مبادئ منحى جديد وعملياته صورة تجريدية خارج سياق المواقف اليومية التى ستطبق فيها؛ فعلى سبيل المثال، قد يختار الميسر التأكيد على تطبيق عام لمهارات فنية معينة، مثل أنواع معينة من عبارات الإنصات المتمعن. ولذلك، يتم وضع خبرة المتدربين الإكلينيكية اليومية على أحد الجوانب، وتترك فرصة التكامل على حسب موهبة الفرد.

ويعد التركيز على الناحية التجريدية النظرية أمرًا شائعًا جدًا فى مجال التدريب على التواصل. هذا أمر مفهوم تمامًا فى تدريب طلبة الجامعة والخريجين الجدد، حيث غالبًا ما يتعلم المتدربون المهارات قبل الدخول إلى عالم الممارسة اليومية. ومع ذلك، نعمل فى كثير من الأحيان عند تدريب على مقابلات الدافعية، ليس مع مبتدئين نسبيا ولكن مع ممارسين محنكين. فهل يصلح أن نطلب من الإكلينيكيين ذوى الخبرة أن ينحوا خبراتهم اليومية جانبا للتركيز على مزيد من مبادئ التواصل وتقنياته بشكل عام؟ ماذا لو كانت الممارسة اليومية فى المقدمة بدلاً من الخلفية؟ فى هذه الحالة، سوف ينصب التركيز الأساسى على المشاكل العملية التى يواجهها المتدرب فى البيئة الإكلينيكية، وسيتم استدعاء جوانب المنحى الجديد (مثل مقابلات الدافعية) فقط عندما تنطبق على تلك البيئة. وقد يعتمد الميسر الذى يضع الممارسة اليومية فى المقدمة على حالات حقيقية، وتصميم تدريبات لمواجهة التحديات المشتركة فى الممارسة اليومية، والاستفادة من تسجيلات أو مدونات التفاعلات الفعلية، ودعوة العمــلاء الحقيقيين لمساعدته فى التدريب... إلخ.

غالبا ما ينطوى التدريب الفعال على إيجاد توازن سليم بين هذين المنحيين؛ فقد تشكل احتياجات المتدربين وبيئات الممارسة المتنوعة تحديًا أكبر لتصميم تدريب وفقًا للخبرة اليومية. عند العمل مع فريق عمل برنامج معين، قد يكون من الأفضل وضع الممارسة اليومية فى المقدمة. لقد كان لدينا خبرة جيدة فى تقديم منحى "مفصل وفقًا للسياق"[١] لتدريب الإكلينيكيين فى الموقع، مع التركيز على تحديات معينة فى البيئة. ظلت مهارات الاتصال وتقنيات مقابلات الدافعية فى الخلفية، وكان يتم استدعاؤها إلى المقدمة فقط عندما يبدو من المحتمل أن تساعد فى معالجة مشكلة معينة. وقد وجدنا أن الممارسين من ذوى الخبرة غالبًا ما يفضلون هذا المنحى بدلا من ندوة ولا علاقة لها بالسياق عن مهارات الاتصال خارج موقع العمل.

---

١ Contextualized.

خلق فرص التعلم

ربما بات من الواضح لماذا لم ندرج برامج أو تدريبات أو بناءات معينة للتدريب، حيث يعد تعلم مقابلات الدافعية عملية، وليس مقرراً دراسيًا، وأفضل تصميم لمحتوى برنامج التدريب هو ذلك الذى يتناسب مع السياق الشخصى والمهنى للمتدربين، فبمجرد تولد الفكرة عن هذا السياق لدى المدرب، يمكن القيام بالاختيار المناسب لفرص التدريب من قائمة من الخيارات تشمل الإشراف الفردى والجماعى، والتعلم عن بعد، والتعلم الموجه ذاتيا، وعمل ندوات وورش عمل ومحاضرات ذات صبغة رسمية أكبر.

استخدامات وحدود ورش العمل

على الرغم من أن معظم التعليم المهنى المستمر يقدم من خلال ورش عمل وتعتمد منظمات تدريب بأكملها على هذا الشكل، تجعلنا خبراتنا وأبحاثنا نتساءل عما إذا كان هذا فى الحقيقة هو أفضل منحى للتعلم. فمن المؤكد أن هناك أوقاتًا يكون مفيداً للغاية للأفراد الابتعاد عن الضغوط اليومية فى أماكن العمل وحضور ورشة عمل بعيداً. ويمكن أن يستغل مثل هذا الوقت فى التفكير ومقابلة الزملاء ومراقبة الآخرين ومناقشة القضايا الإكلينيكية ويكون فرصة للتخلى عن الواجبات والمشغوليات اليومية ودراسة التحديات الإكلينيكية وممارسة المهارات فى سياق منعزل له استخدامات واضحة. على أية حال، من تعلم لأول مرة قيادة المركبة فى وسط حركة المرور المزدحمة؟ بالمهارة يمكن بناء سيناريوهات لورشة عمل قريبة جداً من الممارسة اليومية.

يجدر النظر فى مساوئ هذا الشكل كذلك؛ ليس من أجل تجاهل ورش العمل، ولكن لتشجيع السعى لتطوير المزيد من فرص التعلم. سبق وأن ذكرنا قضية الانعزال عن الخبرات اليومية، فورش العمل لا تُعقد إلا مرة واحدة مما لا يتطابق تماما مع ما يعرف عن التعلم. إحدى أقدم الأسئلة التى تناولها علم نفس التعلم هى قيمة الممارسة الجماعية الحاشدة (بشكل مكثف الكل فى وقت واحد) مقابل الممارسة المتباعدة (موزعة على فترات متباعدة). عبر مجموعة واسعة من المحتوى، عادة ما تكون الممارسة

المتباعدة أكثر فعالية فى إحداث تغيير مستمر فى السلوك، بينما المواد التى يتم تعلمها من خلال الممارسة الجماعية الحاشدة (كما فى حالة مزاحمة العقل بالمعلومات قبل الامتحان النهائى) غالبا ما تنسى بسرعة. يمثل وعى الجمهور الذاتى قضيــة أخرى فى أماكن ورشة العمل، فكم من الأفراد سيخاطر بسعادة بالدخول فى مغامرة جديدة فى محاكاة فى حضور الزملاء والرؤساء؟ وأخيراً، فى حلقات وورش العمل التى يتنوع فيها المشاركون، قد يكون من الصعب العثور على مواضيع أو تمارين وتدريبات للتعلم تناسب الجميع بسبب الفروق فى مستوى المهارات ونمط التعلم والسياق والقضايا الخاصة التى جلبتهم للتدريب.

نحو فرص تعلم مفصلة وفرص تعلم فى الموقع

إذا كان البستانى ومدرب التنس وكبير ميكانيكى السيارات يعلمون الأفراد فى الغالب فى أرض الواقع، فلماذا لا ينبغى تدريب المرشد بطريقة مماثلة؟ الجواب على هذا السؤال غير واضح، ويدعو لكل من الإبداع والتواضع فى كيفية تشجيعنا على التعلم. حدسنا هو أن القرب من سياق الحياة اليومية قد يكون له قيمة كبيرة.

محاكاة العملاء

جرى العرف، فى كثير من سياقات الرعاية الصحية، استخدام محاكاة المرضى بشكل أو بآخر، فهى طريقة مناسبة بشكل مثالى للتدريب على اكتساب المهارات فى مقابلة الدافعية. يمكن للممثلين تقديم سيناريو نفس القضية إلى كل أعضاء المجموعة مما يوفر تجربة مشتركة للمراجعة، أو يمكنهم تعديل عرض القضية لتلائم احتياجات فرد واحد. فى التدريب فى موقع العمل، يمكن توفير قدر من الخصوصية من خلال السماح لكل مشارك بالتفاعل مع ممثــل بمفرده، وتتــاوب ذلك مع بقية المشــاركين. كما يمكن أن نطلب من المشاركين استكمال بعض الملاحظات بعد اللقــاء مباشرةً،

وذلك حتى يتسنى مراجعتها مع زميل أو فى مجموعة أكبر. ويمكن أيضا تدريب الممثلين على تقديم مردود معين عن مقابلات الدافعية. علاوة على ذلك، يضفى الممثلون المدربون، قدرا من الواقعية على ممارسة التمارين، بالإضافة إلى تجنب سلبيات قيام الإكلينيكيين بلعب الدور مع زملائهم أو رؤسائهم خلال التدريب. ويمكن تسجيل المقابلات مع المرضى الممثلين على شرائط صوتية أو مرئية حتى يمكن للمتدرب مشاهدتها، فى وقت لاحق، مع مراقبة من قبل الآخرين أو بدونها.

يوفر أسلوب محاكاة المرضى تقييما لكفاءة استخدام مقابلات الدافعية وصلاحيتها، فإذا لم يستطع المتدرب عرض مهارات إجراء مقابلات الدافعية، عند طلب ذلك منه، بينما يعلم أنه يتفاعل ليس مع مريض حقيقى، وإنما شخص يمثل ويحاكى دور المريض، فمن المستبعد جدا أنه سيستطيع أداء هذه المهارات فى العمل اليومى مع عملاء فعليين. ومع ذلك، لا تضمن القدرة على عرض المهارات الكفء، بناء على الطلب، الاستخدام الفعال لهذه المهارات فى الحياة اليومية للممارسة.

الكتابة والتسجيل على أشرطة

إذا كان السلوك، المرغوب التأثير فيه من خلال التدريب، يمثل أداء المتدرب فى ظروف الممارسة العادية، فما أفضل عندئذ من عينات من حوار الممارسة الفعلية كمصدر للمعلومات؟! فى بعض السياقات (مثل الإشراف على المعالجين الجدد أو فى التجارب الإكلينيكية)، يتم تسجيل كل الجلسات لأغراض التدريب أو مراقبة الجودة، بشرط عدم معرفة الممارس أى من الأشرطة سيتم إعادة عرضها ومراجعتها. وفى سياقات أخرى، يتم تسجيل تفاعلات أو جلسات معينة فقط، فعندما يختار المتعلم بنفسه الجلسات التى يتم تسجيلها أو عرضها، بالطبع قد يكون هناك تحيز "للسلوك الأفضل". ومع ذلك، يقوم آخرون بتقييم الممارسات الفعلية من واقع الحياة من خلال تقديم محاكاة للمرضى، مع تقديم مردود بعد ذلك للممارس.

يمكن أن توفر أشرطة الممارسة الفعلية (أو نصوصها المكتوبة) مصدراً ثرياً للتعلم عند العمل مع مجموعة، سواء كانت حقيقية مع عملاء حقيقيين أو مع عملاء ممثلين (محاكاة)؛ حيث يُطلب من المتدربين أن يحضروا هذه الشرائط والنصوص معهم للاستخدام فى عدد من الطرق: المشاهدة والتمعن المنفرد، والمناقشة مع زميل له، التحليل الدقيق[1] لمهارات الإنصات... إلخ. يمكن أن يركز التدريب فى موقع العمل حول أشرطة الممارسة؛ فمثلاً، إذا كان جميع المشاركين يشاهدون نفس العميل النمطى قبل الحلقة الدراسية بيوم أو يومين، يمكن أن نطلب منهم مراجعة شرائطهم أو نصوصهم المكتوبة بأنفسهم بمفردهم قبل الاجتماع مباشرة بحيث يمكنهم مناقشة خبراتهم ومقارنتها. يوفر هذا خبرة مشتركة حديثة يتعرض لها جميع المشاركين.

أحد الأسئلة المثيرة للاهتمام هو ما إذا كان ينبغى أن يقوم الميسر بالتعليق على الأشرطة أو النصوص المكتوبة، وهو أمر مغرٍ إلى حد بعيد فى ظل مثل هذه البيانات الخام الممتازة. لقد وجدنا أنه من الأفضل عادة إتاحة بعض الوقت للمتدربين لاستيعاب ما أعجبه فى المقابلة والتفكير فيه وحتى التعليق عليه وما يود أن يغيره فيها، وذلك قبل أن يعلق عليها أى شخص آخر (مثل الميسر أو المشرف). فقد يحول الحصول على "رأى الخبير"، فى الواقع، دون الحصول على خبرة أقوى بكثير: ويقصد بها فرصة مواجهة الفرد بذاته، وجها لوجه، على انفراد، لسلوكه فى الإرشاد. لقد شهدنا تحسناً كبيراً فى مشاركة المرشدين لمرضاهم، وإثارة فضولهم ودوافعهم للتغيير عن طريق هذا النوع من اللقاء على انفراد مع أعمالهم المسجلة فى الشرائط والنصوص. نجد أيضا أن المتدربين الذين يشاهدون عملهم، كثيراً ما يتوصلون إلى عديد من الملاحظات نفسها التى كنا سنقدمها إذا ما قمنا بالتعليق.

إذا كان الحصول على أشرطة الممارسة أو نصوص المحاضرات مقدما قبل التدريب ممكنًا، فهذه أيضًا وسيلة ممتازة لفهم تنوع المهارات المستخدمة حاليًا من قبل

---

[1] Microanalysis.

المرشدين كنقطة انطلاق. وغالبا ما يكون الأفراد سعداء عندما يقوم الميسر بتحليل نصوص المشاركين ثم مناقشة المهارات الملحوظة مع المجموعة، وتعد أمثلة الحوار الماهر من الزملاء مصدراً غنيًا للتعلم.

استشارة الأقران

تكمن أحد عيوب إشراك ميسر خارجى هو أنه من الخارج؛ حيث لا تتم عملية تعلم مقابلات الدافعية، التى هى بمثابة نتيجة التدريب، فجأة، ولكنها تتم على مر الزمن مع الممارسة والمردود والتشجيع. هذا هو أحد الأسباب التى تدفعنا لتشجيع المنظمات ألا ترسل إكلينيكيًا واحداً فقط للتدريب، ولكن ننصحهم بإرسال ما لا يقل عن شخصين من نفس سياق العمل، أو أن ترسل ميسرا، ولكن بشرط أن يعمل فى الموقع مع عدة موظفين. ويمكن أن يعمل أولئك الذين يسعون إلى معرفة هذا المنحى معًا فى مشاورات مختلفة بين الأقران أو فى صورة الإشراف للتعلم وتشجيع بعضهم بعضًا من خلال مناقشة الحالات ومراجعة الأشرطة وممارسة المهارات. ويمكن إشراك ميسرين خارجيين فى هذه العملية من وقت لآخر، ربما من خلال مزيد من التشاور فى الموقع، أو عن طريق مراجعة عينات الممارسة والتعليق عليها. ومع ذلك، يحدث أكثر التعلم فى سياق عمل المتدربين معا فى تشاور للأقران.

تقييم التدريب

إذا بدا أننا ناقشنا فى هذا الفصل التدريب بتوسع وبطريقة منفتحة إلى حد ما، فذلك لأن القاعدة البحثية للتدريب أقل بكثير من كيفية العمل مع العملاء. ففى الواقع، نعتقد أن العمليات التى يطور الممارسون من خلالها الكفاءة فى الإرشاد والعلاج النفسى بشكل عام لم تلق سوى اهتمام ضئيل للغاية. فلا نتوقع إحداث تغيير على المدى الطويل فى سلوك عملائنا بإتاحة المجال لهم لحضور يوم واحد من التعليم، إلا أن هذا هو الأسلوب الذى غالبا ما يُعتمد عليه لتعزيز الممارسة الإكلينيكية وتطويرها.

فإذا كنا محقين فى افتراضاتنا حول كيفية عمل مقابلات الدافعية، وأنها تشتمل على مهارات الإنصات المتمعن وإحداث تحولات دقيقة فى التوتر وتستخرج بشكل انتقائى أنواعًا معينة من حديث العملاء وتدعمها. يترتب على ذلك أن مهارة هؤلاء الذين يقدمون مثل هذا الإرشاد ستكون حاسمة. القصور المشار إليه فى الفصل السادس عشر هو أن الدراسات التى تمت حتى الآن نادرًا ما كانت تشتمل على مقاييس لتقييم ومراقبة جودة مقابلات الدافعية التى يجرى اختبارها، فقد تختلف نتائج العملاء إلى حد كبير، وفقا لمستوى مهارة المرشد الذى تلقوا إرشادهم معه.

مع توفر أساليب أفضل الآن لقياس تعلم مقابلات الدافعية واكتسابها وجودتها، حان الوقت لتقييم فعالية التدريب بنفس الدرجة من العناية التى تعطى لتقييم نتائج العلاج. وسيعتمد التأثير النهائى لهذا المنحى من التدخل (أو أى منحى للتدخل) على قدرة الإكلينيكيين على تعلمها وتطبيقها فى الممارسة العملية. ويتعين على من يبادرون بتوفير الموارد لتدريب فريق العمل أن يعرفوا مدى اكتسابه للمهارات المطلوبة ومعرفة ما إذا كان هناك حاجة لتدريب إضافى ولمن يقدم هذا التدريب الإضافى. يتطلب هذا، بدوره، فهما أفضل لخبرات التعلم التى عادة ما تكون ضرورية وكافية لإفراز ممارسة كفء، وما الخبرات الإضافية التى يجب تقديمها إذا لم تكن الممارسة كفئًا. ولن تقتصر فائدة البحث فى فعالية أساليب التدريب على تقوية تقييم نتائج العلاج، ولكنه أيضا يبلغ الميسرين بكيفية الاستجابة بطريقة أفضل لاحتياجات المتدربين الذين يخدمونهم.

تغيير الثقافة

أولئك الذين يعالجون الأفراد الذين يعانون من مشكلات الصحة السلوكية يعرفون أنه من المهم غالبا فهم وتوجيه ليس فقط العميل، ولكن أيضا البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها العميل. ينطبق الأمر نفسه عند تيسير تعلم مقابلات الدافعية. ولنتمعن الأمثلة الأربعة الناجحة التالية:

كان ضباط المراقبة يشعرون بالإحباط، لأن جهودهم فى تقديم الإرشاد لمساعدة العملاء ليحيوا حياة أكثر أمانًا وأقل تدميرًا كانت تلقى التهوين من شأنها وعدم التقدير من قبل النظام الذى يعملون من خلاله، مما أدى إلى تولد عدم الثقة بينهم وبين عملائهم. قرأت إحدى المرشدات النفسيات عن مقابلات الدافعية، وقررت معرفة ما إذا كانت تستطيع إضفاء نبرة أكثر إيجابية لاجتماعاتها مع العملاء، فحضرت ورشة عمل للممارسين امتدت ليومين. وخلال الأشهر القليلة التالية، حاولت مع المشرف عليها لدمج أدوار المرشد وضابط المراقبة فى الممارسة اليومية. ومع ذلك، أفادت بأنها أحرزت تقدمًا جيدًا من خلال استخدام ما وصفته "إنصات بعناية وعبارات منتقاة من الإنصات المتمعن". اهتم مدير التدريب بعملها وشجع المزيد من المرشدين لحضور التدريب. عاد بعض هؤلاء الزملاء إلى ممارساتهم غير مقتنعين بإمكانية تطبيق هذا المنحى فى عملهم، ولكن مجموعة صغيرة بدأت مجموعة إشراف الأقران، وطلبت فى وقت لاحق من مجرم سابق حضور أحد اجتماعاتها لمناقشة أفضل السبل لمساعدة العملاء فى تغيير أنماط حياتهم.

عنما قرأت مديرة أحد مراكز الخدمة المجتمعية حول مقابلات الدافعية، ذهبت إلى ورشة عمل ممارس وبدأت تدريب فريق العمل لديها من خلال قراءة المواد والإشراف الفردى. وقد دفعها ذلك إلى حضور دورة تدريبية للميسرين وتقديم ورش عمل مكثفة لموظفيها فى الموقع.

على مدى خمس سنوات تالية، تلقى أعضاء فريق الإرشاد الآخرون تدريبا للميسرين، وبدأوا العمل مع الموظفين من المؤسسات الأخرى. تغيرت الثقافة فى الخدمة وفقا لذلك، من خدمة انتقائية ذات هيكل مرن لتقديم الإرشاد، إلى خدمة أصبحت فيها مقابلات الدافعية نمطًا مشتركًا وأساسيًا فى تقديم الإرشاد، يستخدم بالاشتراك مع مناحٍ أخرى متنوعة مثل تقديم الإرشاد الزواجى والعلاج المعرفى السلوكى. ومن خلال التعاون وتشجيع بعضهم بعضًا، بدأ الفريق فى تقديم الخبرات التدريبية المنتظمة فى جميع أنحاء البلاد كما أصبح قاعدة لبرنامج أساسى للبحث فى مقابلات الدافعية وطرق العلاج الأخرى.

أصبح فريق العمل بالخدمة المتخصصة للمراهقين مرضى السكرى المعتمد على الحقن بالأنسولين، خبراء حقا فى تجاوز مشاكل العمل مع الشباب، ومع ذلك، لم يلتزم مرضاهم من المراهقين فى كثير من الأحيان بمطالب النظام (مثل المراقبة المنتظمة والنظام الغذائى والحقن) اللازمة للتعامل مع مرضهم الخطير. أشارت مراجعة نصوص الممارسة إلى أن فريق العمل يعرف كيفية تجنب الصراع والاضطرابات الخطيرة فى المقابلات، ولكنه لم يتوصل إلى كيفية إحراز تقدم إيجابى مع العديد من مرضاه الشباب. تم تشجيع ثلاثة من فريق العمل - طبيب وممرضة وأخصائى نفسى - على تعلم مقابلة الدافعية، وقاموا بإجراء مشروع بحثى صغير حول أفضل السبل لدمج مقابلة الدافعية فى الممارسات اليومية فى عيادتهم، بناءً على مقابلات مع كل من الموظفين والمرضى. قاموا بتحليل نصوص المشاورات، وقاموا بتعيين كل مريض جديد إلى "عامل رئيسى"، حيث يطبق على المريض الجديد مقابلات الدافعية من أول مقابلة واستمروا تباعا، ووجدوا أنه، مع مرور الوقت، كان مرضاهم أقل ابتعادا عن الخدمة وأن معدلات الامتثال لنظم الرعاية الذاتية قد تحسنت.

واجه برنامج لعلاج تعاطى المواد المخدرة مشكلة عامة مشتركة: العديد من العملاء الذين أتوا لإجراء تقييم لمستوى المخدرات فى أجسامهم لم يعودوا أبداً. حصل بعض أعضاء فريق الإرشاد على تدريب فى موقع العمل على مقابلات الدافعية، ولكنهم وجدوا أن نظام استيعاب المرضى نفسه يصعب من استخدام هذا المنحى، حيث يبدأ العملاء فى الاصطفاف منذ الساعة السابعة صباحا وراء نافذة استقبال تفتح فى الساعة الثامنة صباحا، للتسجيل لعدد محدود من المقابلات مع العملاء لهذا اليوم، ويقال للبقية عودوا فى صباح اليوم التالى (وكثير منهم لا يعود). علاوة على ذلك، فإن الإجراءات النمطية المطلوبة تستغرق ساعتين من استكمال الأوراق من قبل ثلاثة موظفين إداريين مختلفين وطبيب على الأقل قبل أن يقرر السكرتير عودة العميل لتلقى جلسة أولية مع مرشد نفسى من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. فى كثير من الأحيان، يغادر عديد من العملاء المحتملين قبل الانتهاء من الأعمال الورقية، وحتى بين أولئك الذين يتمون هذه

المرحلة لا يعود كثير منهم لموعد الإرشاد الأول. يؤدى ذلك كله إلى شعور المرشدين النفسيين بالإحباط من التأخير الطويل فى إمكانية رؤية العملاء، فضلاً عن ارتفاع معدل عدم حضورهم. على مدى فترة ستة أشهر، تم إعادة تصميم نظام القبول، وتم توفير غرفة انتظار مريحة أكثر، وبدلاً من طلب حضورهم فى وقت واحد ثابت من صباح كل يوم، بدأ عرض عدد أكبر من مواعيد القبول للعملاء، أو المجيء فى أى وقت خلال اليوم. تم استيعاب عدد متزايد من المقابلات من خلال إسناد مهمة إجراء مقابلات القبول إلى مرشدين نفسيين تم تدريبهم على مقابلات الدافعية راجع الموظفون الأوراق الضرورية جداً واللازم استكمالها فى أول زيارة وتم خفضها إلى حوالى عشرين دقيقة، وتم نقل هذا الإجراء إلى نهاية المقابلة وليس فى بدايتها. وهكذا عندما يأتى العملاء للوكالة، فإن أول شخص يتحدث إليهم هو مرشد نفسى إكلينيكى، ينصت إليهم لنصف ساعة لفهم مشاكلهم والتعرف على احتياجاتهم وتعزيز الدافع لديهم للتغيير قبل الانتهاء من الأوراق المطلوبة. كانت هناك زيادة سريعة فى عدد العملاء الذين أتموا الإجراءات وبدأوا فى تلقى الإرشاد بشكل أسرع، وانخفض عدد المتسربين، وتم القضاء على قائمة الانتظار، كذلك قل عدد المضايقات التى يشعر بها الفريق الطبى وأصبحوا أكثر اهتماما بتلقى التدريب على مقابلة الدافعية.

يتمثل القاسم المشترك فى هذه الأمثلة الأربعة من واقع الحياة فى أن ما حدث فى كل حالة على حدة كان أكثر بكثير من مجرد تدريب الموظفين المعزولين على المهارات. هؤلاء الذين تعلموا الأسلوب أدركوا أيضا الحاجة إلى التغيير فى نظام تقديم الرعاية، واتخذوا خطوات فعالة لإحداث التغيير فى الثقافة، ووصلوا فى بعض الحالات إلى أبعد من حدود مسئولياتهم.

إنه لأمر حسن وجيد أن يتعلم المرشد الفرد كيفية التعبير عن المواجدة وتنمية التباين والدوران حول المقاومة وتدعيم الكفاءة الذاتية. مع ذلك، قد يكون هذا المرشد يعمل ضمن نظام يتخذ فيه أفراد أو أنظمة أخرى منحى يتعارض مع جهوده،

وقد تفرض الثقافة أيضًا قيودًا عملية وشخصية عليه، مما يجعل من الصعب ممارسة مقابلات الدافعية مع العملاء. فى مثل هذه المواقف، يكون التحدى منظمًا ويتمثل فى: التغيير التدريجى للثقافة كلها - فريق العمل بالمكتب والمرشدون والمديرون والبيئة المادية والوصول إلى الحواجز - حتى يقوم "النظام" بمعالجة العملاء باتساق وبكل احترام وتفاهم (حكم ذاتى)، ويستمع إليهم بدلا من مواجهتهم (التعاون)، ويشجعهم على استخدام قدراتهم الخاصة ويمكنهم من أجل التغيير (التحفيز).

لقد بدأنا مناقشتنا للمقابلات الدافعية من خلال توضيح الروح الكامنة فى هذا الأسلوب والتأكيد عليها. حيث تستطيع هذه الروح الميسرة تمييز ليس فقط الأفراد الذين يمارسون مقابلات الدافعية، ولكن أيضًا النظم التى يعملون من خلالها. يهتم المعالج الحكيم ليس فقط بالعميل الذى يجلس أمامه فى غرفة الإرشاد، ولكنه يهتم أيضًا ببيئة العميل الاجتماعية، التى لها تأثير مهم فى عمل التغيير والمحافظة عليه. وبالمثل، من الحكمة أن يتناول أولئك الذين سيساعدون الآخرين على تعلم مقابلات الدافعية، كلا من مهارات المتدربين والسياق الذى سيتم تطبيق هذه المهارات فيه.

الهوامـــش

(1) Rollnick, kinnersley, and Butler (2002).

الباب الرابع

تطبيقات مقابلة الدافعية

الفصل الخامس عشر

مقابلة الدافعية ومراحل التغيير

Carlo C.DiClemente nd Mary Marden Valasques

النموذج النظرى

تعد فكرة أن تغيير السلوك ينطوى على عملية تحدث بتصاعد وتضم مهاماً محددة ومتنوعة فى صميم النموذج النظرى للتغيير المقصود للسلوك الإنسانى (TM; DiClemente & Prochaska, 1985, 1998; Prochaska & DiClemente, 1983, 1994)[1]، حيث يقدم هذا النموذج إطاراً تكاملياً لفهم عملية تغيير السلوك سواء كان ذلك التغيير ينطوى على بدء سلوك معين أو تعديله أو وقفه. وتمثل مراحل التغيير مكوناً رئيسياً لهذا النموذج (TTM) وتصف سلسلة من المراحل يمر الأفراد بها فى أثناء تغييرهم للسلوك؛ حيث ينظر إلى التغيير فى هذا النموذج على أنه تقدم من مرحلة مبدئية لما قبل اعتزام التغيير[2]، لا يكون فيها العميل آخذا فى اعتباره التغيير فى الوقت الراهن، إلى مرحلة الاعتزام[3]، حيث يقوم الفرد بدراسة وتقييم جاد لاعتبارات معينة لصالح

---

١ Transtheoretical Model.
٢ Precontemplation.
٣ Contemplation.

التغيير أو ضد التغيير، ثم مرحلة التجهيز[1]، حيث يتم تأمين التخطيط للتغيير والالتزام به. ويؤدى الإنجاز الناجح لمهام المرحلة الأولى هذه إلى اتخاذ إجراءات لإحداث التغيير السلوكى المحدد، وإذا ما كان ذلك ناجحا، ستؤدى هذه الإجراءات إلى المرحلة الخامسة والنهائية للتغيير، وهى الخاصة بالحفاظ على التغيير، وفيها يعمل الفرد على الحفاظ على التغيير والإبقاء عليه على المدى الطويل (DiClemente & Prochaska, 1998; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

يبدو أن هذه المراحل تنطبق على العملية الأوسع لتغيير السلوك، سواء حدث هذا التغيير مع مساعدة المعالج أو التدخل العلاجى أو برنامج علاج أو بدون ذلك.

فى البحث العلمى تم عزل مراحل التغيير عبر مدى واسع من سلوكيات المخاطرة الصحية وسلوكيات الوقاية الصحية. وقد بدا تطبيق هذه المراحل ودعم الجوانب المختلفة لعملية التغيير الممثلة فى عديد من التغييرات السلوكية من الإقلاع عن التدخين والكحول والمخدرات، إلى فحص تصوير الثدى بالأشعة وتعديل النظام الغذائى والإقلاع عن القمار وتبنى ممارسة الرياضة واستخدام موانع الحمل (Carney & Kivlahan, 1995; DiClemente & Hughes, 1990; DiClemente & Prochaska, 1998; DiClemente, Story, & Murray, 2000; Glanz et al., 1994; Grimley, Riley, Bellis, & Prochaska, 1993; Isenhart, 1994; Marcus, Rossi, Selby, Niaura, & Abrams, 1992; Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998; Werch & DiClemente, 1994; Willoughby & Edens, 1996). وهكذا، على الرغم من فرق أهداف تغيير السلوك، فإن هيكل عملية التغيير تبدو متماثلة؛ حيث ينتقل الأفراد من كونهم غير مدركين أو غير راغبين فى فعل أى شىء حيال المشكلة إلى النظر فى إمكانية التغيير، ثم يصبحون مصممين ومستعدين لإجراء التغيير، وأخيرا اتخاذ إجراءات التغيير ثم الحفاظ عليه عبر الزمن.

---

١ Preparation.

لعب النموذج النظرى للتغيير، ولا سيما الجانب الخاص بمراحل التغيير، دورا لا غنى عنه فى نمو مقابلات الدافعية والتدخل المختصر باستخدام منحى دافعى (DiClemente, 1999a; Miller & Rollnick, 1991; Rollnick, Mason, & Butler, 1999)، أدت رؤية النموذج النظرى للتغيير إلى تغيير السلوك بوصفه سلسلة من الخطوات التدريجية التى تشتمل على مهام متعددة، وتتطلب أنشطة مواجهة مختلفة، وليس كعملية وحيدة البعد أو "عملية كاملة أو لا عملية على الإطلاق"، نقول أدت إلى تغيير كبير فى الطريقة التى يتصور بها العاملون فى الصحة السلوكية التغيير فى السلوك الصحى DiClemente DiClemente, 1999b; Joseph, Bres- lin, & Skinner, 1999; Shaffer, 1992; Weinstein et al., 1998)، ومع ذلك، يتطلب الانتقال خلال مراحل التغيير جهداً وطاقة للتفكير والتخطيط والعمل. والدافعية هى ما يوفر قوة دفع لهذا التركيز والجهد والطاقة اللازمة للتحرك خلال عملية التغيير بأكملها (DiClemente, 1999a; Rollnick et al., 1999; Simpson & Joe, 1993)، وهكذا، يمكن استخدام مقابلة الدافعية لمساعدة الأفراد لإنجاز المهام المختلفة اللازمة للانتقال من "مرحلة ما قبل اعتزام التغيير" وحتى "مرحلة المحافظة على التغيير". على الرغم من فرق الدافع الذى يدفع العميل لبدء التفكير فى تغيير سلوك معين، إلى حد ما، عن الدافع لاستمرار الجهد والطاقة للحفاظ على تغيير السلوك، فإن توفر الدافع ضرورى منذ بداية وحتى نهاية عملية التغيير (CSAT، برتوكول تحسين العلاج رقم ٣٥).

تتمثل الصلة الأكثر وضوحاً بين مقابلات الدافعية ومراحل التغيير فى أن مقابلات الدافعية، هى نمط ممتاز لتقديم الإرشاد لكى يستخدم مع العملاء الذين هم فى المراحل المبكرة، حيث لا يرغب من يمر بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير بأن تعطى لهم نصائح أو أساليب "للعمل" إذا كانوا غير مستعدين للتغيير. وبالمثل، فإن من يمرون بمرحلة الاعتزام، الذين يفكرون فى التغيير، ولكنهم ليسوا مستعدين تماما للالتزام به، فهم يقاومون المناحى الأكثر تقليدية التى تشجعهم (أو تحاول أن تجبرهم) على القيام بتغيير

هم غير مستعدين له. من خلال استخدام استراتيجيات مقابلات الدافعية – يسهل الإكلينيكيون على العملاء فحص حالاتهم ومواقفهم، والنظر فى مزايا التغيير وعيوبه واتخاذ القرارات حول التغيير. ويتم ذلك بأسلوب غير تهديدى وداعم يشجع العميل على تحمل مسئولية موقفه. وتناسب فلسفة مقابلات الدافعية ومنحاها وأساليبها – على وجه متفرد – تناول المهام والاستجابات الانفعالية للأفراد الذين يتحركون خلال المرحلتين الأوليين للتغيير.

قد وجد الإكلينيكيون أيضًا أن إجراء مقابلات الدافعية يمثل نمطًا فعالاً جدا لاستخدامه مع العملاء فى مراحل لاحقة مثل "الاستعداد للتغيير" و"اتخاذ الإجراءات اللازمة للتغيير" و"الحفاظ على التغيير عبر الزمن". وأطلق ميلر **Miller** ورولنيك **Rollnick** (١٩٩١) على هذه المرحلة "المرحلة الثانية من مقابلات الدافعية": عند هذه النقطة، يكون العميل قد اتخذ قرارا بالتغيير، وعندها تتغير مهمة الإكلينيكى من تحفيز العميل إلى تقديم النصح و"التدريب" مع نمو العميل فى وضع للتغيير قابل لتطبيق خطة التغيير، وتوقع العوائق التى تحول دون التغيير، وتحديد نظم الدعم المحتملة. ومع أن معظم استراتيجيات التغيير فى هذه المرحلة (مراحل التجهيز للتغيير والفعل والحفاظ على التغيير) أكثر توجها نحو الفعل، إلا أن العملاء يظلون أكثر استجابة، وبالتالى أكثر نجاحًا بفضل عدم إغفال دور التحفيز المستمر، وتقديم المواجدة والرعاية المخلصة فى أثناء مقابلات الدافعية. وبالنسبة للعملاء فى مراحل تنفيذ التغيير والحفاظ عليه، يمكن أن تساعدهم مناح مقابلات الدافعية على زيادة الفعالية الذاتية وتعزيز إنجازاتهم، وهما العنصران المهمان لدعم المحافظة على التغيير على المدى الطويل.

كما يتضح من طريقة تبنى الباحثين والإكلينيكيين فى جميع أنحاء العالم للنموذجين، يبدو أن كلا من مقابلات الدافعية ومراحل التغيير يتعايشان فى "توافق طبيعى". ومع اعتراف المتخصصين بالتشابه والتآزر المحتمل بين طرق فهم السلوك المشكل ومعالجته، استخدموا هذه النماذج فى مجالات متنوعة كثيرة من تغيير السلوك لتطوير تدخلات شخصية دافعية متمركزة حول العميل على أن تكون حساسة لعمليات التغيير

(Connors, Donovan, & DiClemente, 2001; DiClemente, Marinilli, Singh, & Bellino, 2001; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992; Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1993; Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001; Velicer et al., 1993). سنصف بشيء من التفصيل كيف يمكن ربط مناحى مقابلات الدافعية مع كل مرحلة من مراحل النموذج النظرى للتغيير.

البرامج المفصلة لاستعداد العميل للتغيير

قد يأتى العملاء إلى مقدمى الرعاية الصحية وهم فى أى مرحلة من مراحل التغيير، وأحيانا يسعون لطلب المساعدة فى التفاوض بشأن المرور الناجح خلال مرحلة تنفيذ التغيير وفى أحيان أخرى يكونون غير راغبين فى التغيير ولكنهم "مكلفون"[١] بالعلاج، إما بمقتضى النظام القانونى أو من قبل أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو أصحاب العمل المعنيين بأمرهم. وفى كثير من الأحيان يأتى العملاء إلى دور الرعاية الصحية محملين بمشاكل أو بظروف تقتضى الحاجة إلى تغيير عديد من السلوكيات (DiClemente, Carbonari, & Velasquez, 1992; Prochaska & DiClemente, 1984): متعاطو مخدرات يعانون من اضطرابات نفسية، ومرضى سكر فى عيادات الرعاية الصحية، ومدمنو مخدرات وسجائر، ونساء حوامل فى مراحل مختلفة من التغيير، حسب السلوك محور الاهتمام. فعلى سبيل المثال، المريض الذى يأتى للعيادة بسبب التوتر المفرط قد يمر بأحد مراحل التغيير من خلال استراتيجيات الحد من التوتر، ويمر بمرحلة أخرى لتبنى ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، ويمر بمرحلة ثالثة للالتزام بالأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم. ويواجه الإكلينيكى، فى كل من هذه المواقف، عدة تحديات، حيث يتعين عليه أولا أن يفهم موقع العميل فى الوقت الراهن فى دورة التغيير، ومن ثم تقديم المساعدة المناسبة. سنصف فى هذا الفصل كل مرحلة من

١ Mandated.

مراحل التغيير ونقدم اقتراحات حول الأنواع العامة لمقابلات الدافعية وتكنيكات دافعية معينة قد تكون مناسبة لكل مرحلة معينة من مراحل التغيير. وفى حين أن السلوك المستهدف والسياق والوقت المتاح كلها عوامل ستؤثر على اختيار الاستراتيجيات يقدم هذا الفصل توجيهات بشأن أفضل السبل لدمج استخدام مقابلات الدافعية ومعرفة مرحلة العميل الفردية فى الاستعداد للتغيير خلال جميع مراحل عملية التغيير.

تيسير التغيير للعملاء فى مرحلة ما قبل اعتزام التغيير

تعد مرحلة "ما قبل الاعتزام" أولى مراحل التغيير؛ ويكون الأفراد خلالها إما لا يدركون أن هناك مشكلة سلوك أو غير راغبين فى تغييره أو مثبطين لتغييره، ولا ينهمكون فى أى نشاط يمكنه أن يحول رؤيتهم للسلوك المشكل، وقد يتصرفون بأسلوب دفاعى عن السلوك المشكل المستهدف، وقد يكونون غير مقتنعين خلال هذه المرحلة بأن الجوانب السلبية للسلوك الحالى أو السلوك المشكل تفوق الجوانب الإيجابية.

فى كثير من المجالات، ولاسيما السلوكيات الإدمانية، غالبا ما يطلق على من يمرون بمرحلة "ما قبل الاعتزام" لفظ "مقاومون". ويتمثل التحدى الذى يواجهنا، كإكلينيكيين، فى معرفة لماذا قد يكون العملاء مقاومين للتغيير، بالإضافة إلى تحدى استخدام الاستراتيجيات التى من شأنها أن تشتت هذه المقاومة بطريقة إيجابية. وتساعدنا مراحل التغيير فى النظر إلى مقاومة العميل كحالة يمكن التأثير عليها. فبدلا من الشعور بالإحباط عندما نواجه مقاومة العميل، علينا أن ندرك أنه يمر بمرحلة مبكرة من التغيير ونحاول معرفة المزيد عن أسباب حالته. وقد أدركنا من خلال الحديث على مر السنين مع الآلاف ممن يمرون بهذه المرحلة أن هناك كثيراً من الأسباب تضع العميل فى هذه المرحلة. وقد يكون من المفيد للنظر إلى مقاومة عملاء ما قبل التفكير ما يمكن أن يعبر عنه أفضل بالأربع كلمات التى تبدأ بحرف R وهى: الإحجام[١] والتمرد[٢]

---

١ Reluctance.

٢ Rebellion.

والاستسلام[1] والتبرير[2]، ويسهم كل نمط من هذه الأنماط من التفكير والشعور والتبرير فى إبقاء العميل فى مرحلة ما قبل التفكير غير مستعد للتغيير. وعلى الرغم من أن معظم من يمرون بهذه المرحلة يستخدمون مزيجا من هذه الأنماط، فإننا سنصف كل نمط كنوع متميز على حدة.

المحجمون فى مرحلة ما قبل التفكير هم أولئك الذين لا يرغبون فى النظر فى التغيير، إما بسبب عدم المعرفة أو ربما بسبب الجمود، وهؤلاء العملاء على غير وعى تام بالمعلومات الخاصة بالسلوك المشكل أو بتأثير هذا السلوك. وبدلاً من أن يقاوموا بنشاط، يكتفون فى الواقع بالإحجام السلبى عن التغيير، وقد يرجع ذلك إلى أنهم يخشون التغيير، أو ربما وضعهم الحالى مريح لهم ولا يريدون التعرض للمخاطرة المحتملة بفقد هذه الراحة. وقد يكون من المفيد جداً التعامل مع هؤلاء العملاء من خلال الإنصات الجيد لهم ومدهم بالمردود برقة ومواجدة. وكثيراً ما يستغرق تحفيز هذا النوع من العملاء وقتًا، كما حدث مع هارفى - أحد العملاء الذين قابلهم د. ديكلمنتى DiClemente فى ممارسته:

كان هارفى رجل أعمال ناجحًا جداً، وكان قد رقِّى إلى كبير نواب رئيس شركة إعلانات بعد أن كان فى وظيفة بالمبيعات المباشرة. ومع ذلك، وجد هارفى أن إدارة الآخرين أكثر صعوبة من القيام بالوظيفة بنفسه، وذلك بسبب مشاكله فى التعامل المباشر مع الآخرين. ناقشنا، خلال زيارات التقييم الكثير من القضايا المتصلة بهذه الوظيفة وسياسات الشركة والحدود الشخصية. لقد استمعت له باهتمام، ثم كررت مرة أخرى على مسامعه وصفه لمواقف عمله كما شجعته على استكشاف وضعه من خلال استخدام استراتيجيات مقابلات الدافعية للإنصات المتمعن والتلخيص والتأكيد، وسرعان ما بدأ ينظر إلى أنماط سلوكه، وأعرب عن دهشته عندما أدرك أنه يعانى من صعوبة أن يكون مباشراً عندما ينطوى هذا التعامل على انتقاد للآخر. رأى هارفى

---

١ Resignation.

٢ Rationalization.

نفسه كشخص منفتح، واختار فى النهاية الاستقالة من وظيفته فى الإدارة بدلاً من العمل على تغيير أسلوبه الشخصى، فلقد كان محجما عن التغيير فى هذا الوقت بالذات. وعلى الرغم من أننى ربما تولد لدي إغراء لتشجيعه على التغيير، أعترف أن بعض من يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير يناسبهم مكانهم الراهن فى ذلك الوقت ولا داعى لمحاولة تحريك ذلك فى الوقت الحاضر. وبمجرد غرس "بذور التغيير"، غالبا ما يحتاج من يمرون بمرحلة ما قبل التفكير بعض الوقت للسماح لهذه البذور فى الإنبات. كنت أعلم أيضًا خلال جلساتنا أن هارفى قد بدأ النظر فى التغيير وكنت أظن أنه سيصل بنفسه فى نهاية المطاف إلى اتخاذ قرار إجراء التغيير. عاد هارفى بعد عام واحد ليطلب منى تحويله لإيجاد حل لمشكلاته الشخصية. بدا أن تغيير الوظيفة قد أعفاه من الضغط المباشر عليه، لكنه دخل مؤخراً فى علاقة غرامية، حيث أصبحت المشاكل التى ناقشناها واضحة بدرجة كبيرة. فعاد قائلاً، "هل تعرف هذه المشاكل التى ناقشناها فى العام الماضى؟ أنا على استعداد للتصدى لها الآن".

يتقدم العميل المحجم، بسرعة بمجرد ما يعبر عن هذا الإحجام، وبمجرد الشعور بأن هناك من يستمع إليه، ويبدأ فى الشعور بالتوتر بين الرغبة فى التغيير وإمكانية التوصل لمستقبل مختلف. وفى أحيان أخرى، قد يستغرق التغيير وقتا أطول، كما فى حالة هارفى. يستطيع الإكلينيكيون، من خلال السماح للعملاء بحرية اتخاذ قراراتهم بأنفسهم، تسهيل الوضع بحيث يمكن استكشاف إمكانية التغيير بطريقة لا تمثل تهديدا لعملائهم.

خلافا "للمحجمين" غير العازمين، غالبًا ما يكون "المتمردون" فى نفس المرحلة على قدر كبير من المعرفة بالسلوك المشكل، بل غالبا ما يكون لديهم فى الحقيقة استثمارات ضخمة فى هذا السلوك وفى اتخاذ قراراتهم الخاصة بهم، فهم لا يحبون أن يوجههم أحد إلى ما يجب فعله! قد يرجع هذا التمرد إلى بقايا مراهقة ممتدة أو نتيجة لانعدام الأمن أو المخاوف. وبغض النظر عن المصدر، سوف يظهر المتمردون ممن يمرون بهذه المرحلة معادين ومقاومين للتغيير، ومن السهل التعرف على المتمردين الذين يمرون بهذه

المرحلة، فهم غالبًا ما يجادلون الإكلينيكي، ويعبرون لفظيًا أو بطريقة أخرى عن عدم رغبتهم في وجودهم معه، ويقدمون مجموعة من الأسباب التى تبرر أنهم لن يتغيروا. توفر مقابلات الدافعية طريقة للسماح للمتمردين ممن يمرون بهذه المرحلة بحرية للتعبير عن مشاعرهم القوية حول التغيير فى ذات الوقت الذى توجه طاقاتهم إلى اتجاه إيجابى. فمثلاً، عندما يتفق المرشد مع المتمردين فى هذه المرحلة فى أن أحداً لا يستطيع إجبارهم على التغيير، وفى الحقيقة لن يحلم المرشد بمحاولة إجبارهم على التغيير، فكثيراً ما يؤدى ذلك إلى إضعاف حجة المتمرد.

يبدو أن أفضل استراتيجية للعمل مع المتمردين بمرحلة ما قبل الاعتزام هى تقديم قائمة من الخيارات لهم، فتشجيع العملاء على التفكير فى الخيارات المتاحة، بما فى ذلك التغييرات التدريجية الصغيرة، بدلا من الامتناع الكامل والمفاجئ، مثلاً، غالبا ما يفتح الباب أمام إمكانية التغيير. تذكر دائمًا أنه لدى المتمرد فى هذه المرحلة الكثير من الطاقة المستثمرة فى السلوك المشكل والتحدى الحقيقى هو مساعدة العميل على تحويل بعض من تلك الطاقة إلى اعتزام التغيير بدلاً من استخدامها فى المقاومة أو التمرد. وبمجرد ما يقرر المتمرد فى هذه المرحلة التغيير، غالبًا ما تتحول الطاقة إلى طاقة إيجابية من التصميم على النجاح.

وعلى النقيض من ذلك، نقص الطاقة والاستثمار هو السمة المميزة "للمستسلمين" ممن يمرون بمرحلة "ما قبل الاعتزام"، فهولاء العملاء قد أقلعوا عن فكرة إمكانية التغيير ويبدون غارقين فى المشكلة. فمثلاً، يبدأ كثير من العملاء المدخنين بالقول كم من المحاولات الأخرى التى بذلوها للإقلاع عن التدخين، فهم يشعرون بأن إدمانهم للتدخين قد وصل إلى حالة ميئوس منها وخارج نطاق السيطرة، ويرون أن هذه العادة تمكنت منهم وتسيطر عليهم، وأنه ليس لديهم قدرة للسيطرة على أنفسهم، وكثيراً ما يقول لنا هؤلاء إن الطريقة الوحيدة للتعامل مع مشكلة التدخين هى منع الشباب من البدء فى التدخين فى المقام الأول، وهم بذلك يعطون رسالة واضحة مفادها أنه قد فات الأوان بالنسبة لهم لكى يقلعوا عن التدخين. تناولت إحدى الدراسات الأخيرة نوعًا

الاستسلام أسمته "اليأس من التوقف"[١] عن التدخين فى عينة من المدخنين فى مرحلة ما قبل الاعتزام كانت درجاتهم فى مستويات اليأس من الإقلاع مرتفعة وكانت مستويات إغراء الدخان لديهم مرتفعة جدا تفوق ثقتهم فى قدرتهم على الإقلاع مقارنة بغيرهم من ذوى الدرجات الأقل فى اليأس من الإقلاع وأقل فى مستويات إغراء التدخين لديهم (Walker Daniels, 1998).

غرس الأمل واستكشاف الحواجز التى تحول دون التغيير هى أكثر الاستراتيجيات إنتاجًا لهؤلاء المستسلمين ممن يمرون بمرحلة ما قبل الاعتزام، ومن المهم مساعدة هؤلاء العملاء على رؤية أن الانتكاسة أمر شائع وألا يعتبروا أنفسهم فاشلين. يمر كثير من الأفراد بمراحل التغيير عدة مرات قبل مرحلة المحافظة على التغيير، وكل محاولة للتغيير تعتبر فرصة للتعلم. ومن المهم أن يُدرك كل العملاء أن تغيير السلوك أمر صعب، ولكنه ليس مستحيلاً. فغالبًا ما يتمثل المفتاح الرئيسى للعمل مع هؤلاء المستسلمين ممن يمرون بمرحلة ما قبل الاعتزام هو بناء الثقة شيئًا فشيئًا عبر الوقت من خلال مساعدتهم فى اتخاذ القرار بالبدء بتغيير طفيف، والتأكيد على كل نجاح يحققونه مهما كان صغيراً. تذكر أن البحوث تشير إلى أن اعتقاد الإكلينيكى بقدرة العميل على التغيير هو مؤشر قوى على النتيجة، حيث يبنى النجاح على النجاح، أى أن كل نجاح يؤدى للمزيد من النجاحات، ومع كل تغيير طفيف يبنى هؤلاء فعاليتهم الذاتية حول إنجاز تغييرات أكبر.

فى حين يشعر المستسلمون فى مرحلة ما قبل الاعتزام – فى الغالب – أنه ليس لديهم أى حلول لمشاكلهم، غالبًا ما يبدو الذين يلجأون للتبرير فى مرحلة ما قبل الاعتزام أن لديهم جميع الأجوبة، حيث لا يفكر هؤلاء فى التغيير، لأنهم غالبًا ما يعتقدون أنهم عرفوا احتمالات المخاطر الشخصية أو يعتقدون أن سلوكهم هو نتيجة لمشكلة شخص آخر، وليس مشكلتهم ومن السهل التعرف على هذا النوع من العملاء فى أثناء الجلسات: فعندما يبدأ الإكلينيكى يشعر كما لو أنه فى مناظرة، أو فى جلسة "نقطة مضادة لنقطة".

---

١ Cessation hopelessness.

ومع أنه قد يشبه حالة المتمرد، تكمن مقاومة هذا النوع من العملاء فى تفكيرهم أكثر من عواطفهم، من الأمثلة المهمة على ذلك حالة المدخنين المقتنعين بأنهم ليسوا فى الحقيقة فى خطر كبير، لأنهم بدأوا التدخين بعد سن الحادية والعشرين من العمر أو يدخنون خمس عشرة سيجارة فقط فى اليوم أو يدخنون منذ عشر سنوات فقط أو لهم أجداد مدخنون وصلوا إلى سن التسعين عاماً. قامت نفس الدراسة، التى تناولت توقف اليأس، بتقييم خاصية أخرى أيضًا تسمى "تقليل الضرر إلى الحد الأدنى"[١] بين مدخنين يمرون بمرحلة ما قبل الاعتزام، ووجدت أن المدخنين الذين سجلوا درجات أعلى على مقياس تقليل الضرر يبدون مستويات أقل بكثير فى العمليات المعرفية الخاصة بالتغيير، مثل زيادة الوعى وإعادة تقييم الذات (Walker Daniels, 1998)، حيث يقلل خفض الضرر إلى الحد الأدنى من أنشطة اعتزام التغيير.

كثيراً ما يرغب أصحاب التبرير فى مرحلة ما قبل الاعتزام فى مناقشة الأساس المنطقى الذى يستندون عليه، وتتمثل المشكلة فى أن المناقشة عادة ما تعمل فقط على تعزيز حجتهم فى النقاش! ويبدو أن المواجدة والإنصات المتمعن يعطيان أفضل النتائج مع هذا النوع من العملاء؛ تبدأ الاستراتيجية المثاليه معهم بعملية تدريب على التوازن فى اتخاذ القرارات، حيث يطلب من العميل قول "أشياء جيدة" عن السلوك المستهدف تغييره، فيدركون بسرعة أنك لن تدخل معهم فى جدل، وأنك ستقر فى الواقع بأن لديهم بعض الأسباب القهرية تجعلهم يأتون هذا السلوك، وبمجرد أن يتحدثوا عن إيجابيات سلوكهم غالبًا ما يكونون أكثر انفتاحا لاعتبار أن هناك أيضًا "أشياء غير جيدة" فيما يتعلق بهذه السلوكيات. يتمعن الإكلينيكى الماهر فى مقابلة الدافعية بلطف كلاً من مساوئ التغيير وفوائده ويشجع عميله على أن يقوم بالتعليق بتفصيل أكثر على هذه المساوئ والفوائد، ويمكن استخدام التمعن المزدوج لتأمل أى ازدواج فى المعايير حول التغيير، وقد يساعد تلخيص كلا الجانبين من السلوك العملاء على الاعتراف باحتمالية خطأ بعض منطقهم حول هذا السلوك أو أن بعض المبررات التى يسوقونها غير صحيحة.

---

١ Harm minimization.

ويجب التحذير هنا من أنه قد يكون من المغرى للغاية التركيز على تقنية "التوازن فى اتخاذ القرار" كذخيرة، حيث نستخدم نفس كلمات العملاء لتذكيرهم بجميع الأشياء السلبية عن سلوكهم وندخل معهم فى جدال من أجل التغيير ويأتى هذا الأسلوب بعكس الغرض من الممارسة. مقابلات الدافعية فعالة فى الجزء الأكبر منها، لأنها تتجنب الجدل وتتيح للعميل سماع واستيعاب نفس "عباراته عن التغيير" (انظر الفصل السابع). مرة أخرى، قد يكون من الأفضل تلخيص "التوازن فى اتخاذ القرارات" ثم التساؤل عن تأثير ذلك على العميل من حيث تفكيره فى هذا السلوك محل البحث. والإكلينيكى الذى يثق فى العملية ويتيح الوقت الكافى للعملاء للتوصل إلى الاستنتاجات بأنفسهم والقيام بالتغيير فى الوقت الذى يبدو لهم مناسبًا كثيرًا ما يفاجأ بمعدل نجاح هذه الممارسة فى تحفيز عملائه لإعادة النظر فى سلوكياتهم وتغييرها.

قبل مغادرة أولئك الذين فى مرحلة ما قبل الاعتزام، من المهم الإشارة إلى أن هناك أسطورة شائعة بين الإكلينيكيين مفادها أنه من الأفضل دائمًا عمل المزيد عند التعامل مع المشاكل الخطيرة التى تتعلق بالصحة أو الإدمان أو غيرها من المشاكل؛ فكثيرًا ما نسمع من يقول إن مقابلات الدافعية أسلوب جيد للاستخدام فى بعض الحالات، ولكن عندما يكون العميل فى خطر بالفعل (مثل عميلة حامل تدخن أو عميل مدمن مخدرات) يجب عمل أكثر من مجرد هذه المقابلات وفى الغالب يعتقد الإكلينيكيون أن المزيد من التعليم والعلاج الأكثر أو مزيدًا من المواجهة سوف ينتج بالضرورة المزيد من التغيير. يتجلى عدم صحة هذا الاعتقاد بصفة خاصة مع من يمرون بهذه المرحلة، فغالبًا ما تنتج الكثافة الأكبر نتائج أقل مع هذه المجموعة (Heather, Rollnick, & Bell, 1993; Miller, Benefield, & Tonigan, 1993)، لذلك من الأهمية بمكان استخدام استراتيجيات تحفيزية بعناية بدلاً من استخدام برامج مركزة أو بذل جهود مكثفة يتجاهلها غير المهتمين بتغيير السلوك المشكل. ومع ذلك، يتساوى فى الخطأ أن نعتقد أن من يمر بهذه المرحلة لن يتغير أبدًا، وأنه ليس هناك ما يمكننا عمله بشأنهم، حيث يمكن تملقهم وإقناعهم وتشجيعهم وتقديم المعلومات والإرشاد لهم. لا نستطيع جعل من يمرون بهذه المرحلة القيام بالتغيير، ولكن يمكننا المساعدة فى تحفيزهم للانتقال إلى مرحلة اعتزام التغيير.

مرحلة الاعتزام: تحليل المخاطر والمكافآت

يقر العملاء فى مرحلة الاعتزام بأن لديه مشكلة ويبدأ فى التفكير جديًا فى حلها، وهم يناضلون من أجل فهم مشكلتهم لمعرفة أسبابها والتفكير فى حلول ممكنة لها، إلا أنهم على الرغم من ذلك قد يكونون بعيدين عن الالتزام الجاد بالقيام بالعمل اللازم للتغيير. فمثلاً، قد يجمع العميل كثيرًا من المعلومات حول برامج العلاج، ولكنه لا يسجل اسمه بالفعل فى أى من هذه البرامج. هذه هى طبيعة مرحلة الاعتزام فى الأغلب، حيث يعرف الفرد أين يريد أن يكون، وربما كيفية الوصول إلى ما يريد، ولكنه لا يكون جاهزا تمامًا للالتزام. ومع أن كثيرين ممن يمرون بمرحلة اعتزام التغيير هذه ينتقلون إلى مرحلة التنفيذ، قد تنقضى عدة أشهر أو سنوات فى التفكير (Carbonari, DiClemente, & Sewell, 1999). يتمثل هدف الإكلينيكى، عندما يعمل مع من يمرون بهذه المرحلة، فى مساعدة العميل على "ترجيح كفة الميزان" لصالح التغيير.

غالبًا ما تكون مرحلة اعتزام التغيير مليئة بالتناقضات، وحقيقة أن العميل مستعد للنظر فى المشكلة وإمكانية التغيير تعطى أملاً فى التغيير. فمرحلة "التفكير واستكشاف التغيير" هى المرحلة التى يكون فيها العملاء منفتحين تماما للحصول على معلومات حول السلوك واستكشاف التوازن بين اعتبارات اتخاذ القرارات، وهى أيضًا المرحلة التى يواجه فيها معظم العملاء الازدواجية والتناقض. ومن المهم كإكلينيكيين أن نقبل ونقر بالتناقض والازدواجية باعتبارها جزءًا حيويًا من مرحلة اعتزام التغيير، وينبغى أن ندرك أيضًا أن اعتزام التغيير لا يعنى الالتزام به.

غالبًا ما يخطئ الإكلينيكيون بالاعتقاد أن العميل الذى يعتزم التغيير يكون بالضرورة مستعدا للالتزام بالتغيير، فليس هذا هو الحال، وخير مثال على هذا الخلط فى برامج الإقلاع عن التدخين فى أماكن العمل؛ عندما يتم عمل مسح استقصائى فى مكان العمل، تعرب أعداد كبيرة من المدخنين عن اهتمامها بالإقلاع عن التدخين (تصل إلى ٧٠٪ أو حتى ٨٠٪)، ولذلك يتم وضع برامج وتقديمها لهذا الشأن فتكون نسبة

الحضور عادة فى هذه البرامج سيئة للغاية وتتراوح فى أحسن التقديرات بين ٣٪-٥٪ من المدخنين، ويكون من الواضح أن التفكير فى الإقلاع عن التدخين لا يعنى تماماً الالتزام بهذا، حيث يرغب معظم المدخنين فى التغيير أو يرغبون فى أن يتمكنوا من التوقف عن التدخين ويفكر كثيرون منهم فى التغيير فى المستقبل القريب، إلا أنهم عندما يواجهون خياراً للاشتراك فى برنامج لوقف سلوك محدد فى تاريخ محدد، يجدون عديداً من الأسباب لتبرير أنه ليس الوقت المناسب بعد. تفتقد معظم برامج مواقع العمل هذه لاستراتيجيات تحفيزية كافية لمساعدة الأفراد فى الانتقال من التفكير إلى التجهيز والاستعداد لتنفيذ التغيير" (DiClemente & Scott, 1997).

وجدت بعض الدراسات علاقة بين التفكير من جهه ومستويات أعلى من الاكتئاب (Velasquez, Carbonari, & DiClemente, 1999) من جهة أخرى، وقد يرجع ذلك إلى أن هناك مجموعة فرعية ممن يمرون بمرحلة اعتزام التغيير ضمن من يسميهم ديكلمنتى وبرشاسكا (DiClemente & Proshaska, 1994) "الاعتزام المزمن"، فهم يفكرون فى التغيير غالبًا لدرجة الاجترار[١]، إلا أنهم لا يتجاوزون هذه المرحلة. من المهم عند العمل مع من يمرون بمرحلة التفكير فى التغيير أن يتم تقييم طول الفترة الزمنية التى استغرقها العميل فى التفكير، وما إذا كان قد بذل محاولات فى الماضى، ومفتاح العلاج هنا هو مساعدة الفرد فى التفكير فى مخاطر السلوك والمكاسب المحتملة للتغيير وغرس الأمل بأن التغيير ممكن. ومن المهم أيضاً أن يحصل هؤلاء على معلومات دقيقة حول سلوكهم ومردوداً حول تأثير السلوك فى حياتهم. وعلى الرغم من أن معلومة واحدة لن تجعل العميل يتخذ قراراً، يمكن لهذا النوع من المعلومات أو المردود أن تكون مقنعة للغاية. فمثلاً، عندما نتحدث مع مجموعات من المدخنين، نحاول تقديم معلومات دقيقة عن حقائق التدخين: على سبيل المثال؛ هناك أكثر من ألف نوع من الغازات المختلفة فى دخان السجائر، وأن التدخين لا يساهم فقط فى الإصابة بسرطان الرئة، ولكنه أيضاً

---

١ Rumination.

يساهم فى الإصابة بأمراض القلب ومرض الانسداد المزمن للرئة؛ وأن القطران يغطى أهداب الرئتين مما يجعلها غير فعالة إطلاقًا فى نقل الأكسجين. ولكن المعلومات وحدها ليست كافية، علينا أن نحاول جعل هذه المعلومات ذات صلة شخصية بالأفراد من خلال سؤاله عن سعال المدخن الخاصة بهم، أو طلب أن ينفثوا الدخان على منديل أبيض من أجل أن يروا بقايا الدخان، أو مناقشة عدد نزلات البرد أو مشاكل الجهاز التنفسى التى يعانون منها.

من الأمثلة الأخرى للمردود الذى يمكن أن يساعد من يمرون بمرحلة اعتزام التغيير فى حل التناقض والازدواجية هى "التقارير" المبنية على أساس تقييم العميل، مثل تلك المستخدمة فى تعزيز الدافعية للعلاج فى مشروع ماتش (MATCH (Miller et al., 1992، حيث تقدم هذه التقارير معلومات مفصلة عن مستوى العملاء فى تناول الكحول، وتعقد مقارنة بين مستوياتهم فى الشرب بالنسبة للشعب الأمريكان (المعايير المتعلقة بالنوع) وعوامل المخاطرة المتعلقة بالأسرة وغيرها من المتغيرات. وفى بيئات الرعاية الصحية، يمكن أن تساعد نتائج فحص الدم واختبارات أداء الرئة ونتائج مستويات الكوليسترول فى تقديم مردود مهم لمن يمرون بهذه المرحلة. هذه المعلومات، الواضحة وذات الصلة الشخصية، أقوى، فى ترجيح التوازن فى اتخاذ القرارات لصالح تنفيذ التغيير من كل تكتيكات التخويف والمحاضرات العامة والإلحاح على مستوى العالم (DiClemente et al., 2001;.Kreuter, Strecher, & Glassman, 1999).

ناقشنا فى الفقرة السابقة كيف يمكن أن تساعد ممارسة التوازن القرارى من يمر بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير على الحديث عن السلوك المشكل. بالإضافة إلى ذلك، هذا الأسلوب مفيد جدا أيضًا فى مرحلة اعتزام التغيير. وفى الحقيقة، يوضح البحث أن اعتزام التغيير، بالنسبة لسلوكيات مختلفة كثيرة، هو المرحلة التى تتساوى فيها تقريبًا تقييم الفوائد مع تقييم المساوئ للسلوك (Prochaska et al., 1994). تتلخص مهمة الإكلينيكى إذن فى مساعدة العملاء على الانتقال من هذه المرحلة التى تتوازن فيها مزايا وعيوب السلوك إلى ترجيح الميزان لصالح التغيير، وبمجرد حدوث ذلك يكون العملاء على استعداد للانتقال إلى المرحلة التالية.

إحدى الاستراتيجيات المهمة للتعامل مع من يمرون بمرحلة اعتزام التغيير هى "التأكيد على ما هو إيجابى"؛ ففى الغالب يركز الأفراد الذين يفكرون فى تغيير السلوك المشكل فى جميع الجوانب السلبية للسلوك، مثل القول "أعرف مدى ضرر الكحول بالنسبة لى". وفى الحقيقة، يمكنهم أن يذكروا سلسلة من الأسباب توضح لماذا هذا السلوك سيئ بالنسبة لهم. وغالبًا ما يشعر الإكلينيكى والعميل بالحيرة من جراء حقيقة أنه حتى مع كل هذه السلبيات، لا يحدث التغيير، والحقيقة هى أنه إذا لم يكن السلوك مفيدًا للعميل بطريقة ما فلن يفعله. لا يمكن إعداد العميل لمكافحة إغراء السلوك المشكل بمجرد إجراء محاولة للتغيير إلا عندما يعترف بالأشياء "الجيدة" حول السلوك. يساعد التوازن فى اتخاذ القرارات على تسهيل هذه العملية، فبمجرد تقييم العملاء لمكاسب السلوك، ينتقلون إلى التركيز على الأمور "التى ليست جيدة جدًا". ينصت الإكلينيكى هنا لعبارات التغيير التى تتضمن التعبير عن القلق والاهتمام أو الاعتراف بالمشكلة أو التفاؤل بشأن التغيير أو النية للتغيير. ومن طرق مساعدة العميل لتحقيق أكبر فائدة من ممارسة التوازن القرارى هى تقديم ملخصات دورية، وذلك باستخدام تمعنات مزدوجة ذات وجهين، وتمعن عبارات الدافعية وتأكيدها.

ومن العوامل القوية التى تساعد على التغيير عند العمل مع هؤلاء الذين يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير هى: الإنصات بعناية والتلخيص وتوفير المردود والتمعنات ذات الوجهين والتأكيد وزيادة الفعالية الذاتية. ويمكن أن يستغرق التغلب على التناقض وتحويل ميزان اتخاذ القرارات وقتًا طويلاً ويتطلب الكثير من الصبر والمثابرة من قبل القائم بمقابلة الدافعية.

إعداد الخطة والتجهيز لتنفيذها

يكون العميل فى مرحلة الإعداد مستعدًا للتغيير فى المستقبل القريب وعلى وشك اتخاذ إجراءات فى هذا الشأن. وقد يكون الأفراد فى هذه المرحلة قد فشلوا فى التغيير فى الماضى، مع ذلك غالبًا ما يتعلمون دروسًا قيمة من محاولات التغيير الماضية.

يكون الأفراد فى هذه المرحلة من التغيير فى حاجة إلى وضع خطة من شأنها أن تعمل لصالحهم، ثم يلى ذلك ضرورة التعهد بالالتزام الحازم باستكمال العمل بمقتضى الخيارات التى قرروها.

القرار باتخاذ الخطوات المناسبة لوقف السلوك المشكل أو بدء السلوك الإيجابى المستهدف يسمح بالوصول إلى مرحلة الإعداد. سيقوم معظم الأفراد الذين يمرون بهذه المرحلة بمحاولة جادة للتغيير فى المستقبل القريب، فهم يبدون جاهزين للعمل والالتزام، ويتمثل التحدى فى مساعدة العميل فى وضع خطة للتغيير مقبولة وقابلة للتحقق وفعالة.

بمجرد أن يلتزم العملاء بالعمل للتغيير، تبدو مهمة مساعدتهم فى التحضير للتحرك إلى الأمام بسيطة. ومع ذلك، لا يعنى الالتزام بالتغيير بالضرورة أن التغيير سيحدث آليا وأن أساليب التغيير المستخدمة ستكون فعالة، أو أن المحاولة ستكون ناجحة على المدى الطويل. ولا يعنى كون الفرد مستعداً للعمل أنه تم حل كل التناقضات. فى الحقيقة، تستمر عملية صنع القرار طوال مرحلة الإعداد.

المهمة الأولى للإكلينيكى الذى يعمل مع عميل يمر بمرحلة الإعداد هى تقييم مدى قوة التزامه بالتغيير، حيث يكون من الصعب – فى الغالب – التقييم على أساس التقرير الذاتى اللفظى فقط. فأحياناً يحاول العملاء الذين يصرون بشدة على كونهم مستعدين للتغيير إقناع أنفسهم بقدر ما يحاولون إقناع الإكلينيكى. على سبيل المثال، عمل الدكتور فيلاسكيز Velasquez مؤخراً مع امرأة كانت على وشك أن يُطلق سراحها من سجن المقاطعة، وكانت تعانى من تاريخ من تعاطى المخدرات، وأعربت عن رغبة قوية فى استمرار الامتناع عن المخدرات عند الإفراج عنها، وكانت تتغنى بحماس بكل الأسباب والمبررات التى تدعوها للتغيير وتعهدت بعدم العودة للمخدرات أو الكحول مرة أخرى. ومع ذلك، عند مناقشة خططها من أجل التغيير، اتضح أنها لم تمارس كثيراً من التفكير فى خطتها لتحقيق هدفها. فى الحقيقة، كانت تخطط للعودة إلى علاقة مع صديق من متعاطى المخدرات، ولم يكن لديها أى خطط للالتحاق بوظيفة أو لشغل وقت

فراغها، ولم تكن تفكر فى المزيد من العلاج أو كيفية تجنب أصدقائها من متعاطى المخدرات. بعبارة أخرى، قالت إنها مستعدة وعازمة على إجراء تغيير، لكنها تفتقر إلى خطط للقيام بذلك. وكانت المهمة هنا استخدام مقابلة الدافعية لمساعدتها على إجراء تقييم واقعى متماسك للصعوبات التى قد تواجهها عند الإفراج عنها، ووضع خطة للطوارئ وطريقة لتعرف متى قد تحتاج مساعدة إضافية.

يساعد الإكلينيكى، من خلال استخدام منحى مقابلات الدافعية، عميله على التفكير بشكل خلاق فى كيفية وضع خطة أكثر فعالية، ويرشده لوضع استراتيجيات التغيير، آخذًا فى الاعتبار ظروف حياة العميل الشخصية والاستفادة من خبراته السابقة مع التغيير. ومن المفيد غالبًا تقديم الإكلينيكى للعميل قائمة من الخيارات الممكنة التى يمكنه الاختيار منها، ويمكن للإكلينيكى أيضًا أن يبنى على أساس خبرته مع عملاء سابقين، بأن يقترح بلطف الاستراتيجيات التى نجحت مع الآخرين. مع احترام خيارات العميل، كما يمكن للإكلينيكى أيضًا تحذير العميل بلطف من استراتيجيات خطة التغيير التى تبدو غير ملائمة أو غير فعالة. فى حين تعد مهام الإكلينيكى مختلفة فى هذه المرحلة، إلا أنها ليست أقل صعوبة وتحديًا؛ فليس من السهل وضع خطة متماسكة قابلة للتطبيق، حيث يتطلب ذلك الإنصات بعناية والتمعن، والتدخل المتبصر، والتفكير الحذر والتصميم من قبل الإكلينيكى.

مرحلة الفعل: تنفيذ الخطة

فى مرحلة العمل من أجل التغيير يعدل الأفراد سلوكهم بشكل أكثر علانية، فيتوقفون عن التدخين، أو يزيلون كل الحلوى من المنزل، أو يتخلصون من آخر زجاجة بيرة، أو ينضمون إلى برنامج للعلاج، أى أنهم باختصار يقومون بالخطوة الفعلية وينفذون الخطة التى كان يتم إعدادهم لها. ومن الواضح أن هذه المرحلة هى الأكثر ازدحامًا، وهى المرحلة التى تتطلب أكبر قدر من الالتزام بإنفاق الوقت والجهد فى سبيلها. وتكون التغييرات التى تتم خلال هذه المرحلة أكثر وضوحًا للآخرين من تلك التى تتم خلال المراحل

الأخرى، وبالتالى تحظى بأكبر قدر من التقدير. ويكمن الخطر فى أن كثيراً من الأفراد، بما فيهم المعالجون المهنيون، يساوون خطأً بين العمل على التغيير والتغيير نفسه، متجاهلين ليس فقط العمل المهم الذى يجهز الأفراد للقيام بعمل ناجح من أجل التغيير ولكن أيضًا ما لا يقل أهمية (وغالبًا ما ينطوى على تحد أكبر)، ألا وهو بذل الجهود اللازمة للحفاظ على التغييرات التى تلى العمل على التغيير.

ماذا يريد الأفراد فى مرحلة تنفيذ التغيير من الإكلينيكى؟ غالبًا ما يكونون قد وضعوا خطة وبدأوا فى تنفيذها حتى قبل أن يزوروا الإكلينيكى. وفى كثير من الأحيان، يتزامن تحديد موعد لزيارة الإكلينيكى مع تغييرات أخرى قطعوها على أنفسهم. ويلجأ العملاء فى مرحلة "التنفيذ" لاستشارة الإكلينيكى لأسباب مختلفة؛ ربما للتعهد علنا بالالتزام بالعمل، أو للحصول على بعض التأكيدات الخارجية للخطة، أو للحصول على الدعم، أو لكسب مزيد من الفعالية الذاتية، أو فى بعض الأحيان لخلق مراقبين خارجيين على نشاطهم. وقد يكون العمل مع العملاء فى مرحلة "التنفيذ" سهلاً ومجزيًا للغاية بالنسبة للإكلينيكيين. فى الحقيقة، يمثل العملاء فى هذه المرحلة عديداً من "معجزاتنا فى الشفاء" حيث يقابلوننا مرة واحدة ثم يقومون بتغييرات مهمة وطويلة الأمد ويقولون للجميع ما أعظمنا كمعالجين! من المهم، مع ذلك، ألا نفترض أنه بمجرد وصول الفرد إلى مرحلة العمل، فإنه من السهل استكمال المسيرة بسهولة ويسر، فقد يكون لدى العملاء فى هذه المرحلة بعض المشاعر المتضاربة عن التغيير، وقد يشعرون بافتقاد بعض نواحى أنماط الحياة القديمة ويناضلون من أجل التأقلم مع هذا السلوك الجديد. من المهم فى هذه المرحلة أن يحرص الإكلينيكى على الإنصات للعملاء جيداً وطمأنتهم على أنهم يفعلون الشىء الصحيح، وكذلك سؤالهم عما إذا كانوا قد اكتشفوا أن أجزاء من خطة التغيير فى حاجة إلى مراجعة أو تنقيح. سيكتشف بعض عملاء هذه المرحلة أن خططهم فى التغيير تحتاج إلى تنقيح، ويمكن للإكلينيكى المساعدة فى هذه العملية. كما يحتاج العملاء أيضًا تأكيداً على ما أنجزوه، وضمانًا أنهم يستطيعون الاستمرار فى إجراء التغييرات المرغوبة.

مهما كانت رغبة الاشخاص فى التغيير وبغض النظر عن استعدادهم لاتخاذ الإجراءات اللازمة لذلك، يرجح ألا يحققوا نجاحًا على المدى الطويل إذا لم يكن لديهم الكفاءة الذاتية الكافية. يمكن أن يساعد إجراء مقابلات الدافعية على بناء الكفاءة الذاتية للعملاء، من خلال قيامهم بالعمل الضرورى لذلك. ويستطيع الإكلينيكيون دعم تقييمات العملاء لكفاءتهم الذاتية من خلال التركيز على نشاطهم الناجح وإعادة تأكيد قراراتهم ومساعدتهم فى التعرف على الأسباب الجوهرية للنجاح.

الحفاظ على التغيير والانتكاسة وإعادة دورة التغيير

يعد الحفاظ على التغيير المرحلة النهائية فى عملية التغيير، وقد يكون "الإبقاء على تغيير السلوك أمرًا صعبًا. يعمل الفرد فى هذه المرحلة على دعم المكاسب التى تحققت خلال مرحلة "التنفيذ"، ويناضل من أجل منع الانتكاسة. وعلى الرغم من أن العلاج التقليدى يرى "الحفاظ على التغيير كمرحلة ثابتة، يعتبره النموذج النظرى للتغيير استمرارا مهمًا جدا، حيث قد يستمر من أكثر من ستة شهور إلى مدى الحياة. هناك حاجة لوجود الدافعية لتقوية التغيير، وبدون الالتزام القوى بمواصلة التغيير والحفاظ عليه، ستكون هناك انتكاسة بالتأكيد. ففى الغالب لا يكتمل التغيير تمامًا إلا بعد ستة أشهر من العمل أو نحو ذلك. يصح هذا بصفة خاصة إذا ما كانت البيئة تعج بالإشارات والتلميحات التى يمكن أن تؤدى إلى السلوك المشكل. نعلم جميعًا حالات ينتكس فيها الفرد الذى أقلع عن الشرب عندما يعتقد الجميع أنه قد تم حل المشكلة أخيراً. من المهم مساعدة الأفراد فى هذه المرحلة على الحفاظ النشط والذكى على التغييرات التى أنجزوها (CSAT, 1999).

يعترف النموذج النظرى للتغيير بأن الانتكاسة (أى العودة للسلوك المشكل) يمكن أن تحدث (بل مرجح أن تحدث) عند الانتقال خلال مراحل التغيير. وغالبًا ما يمر الأفراد "بإعادة الدوران" خلال المراحل فى أوقات مختلفة قبل الوصول إلى النجاح،

ومن ثم لا ينبغى أن تعتبر "الزلة"[١] فشلاً ذريعًا، بل مجرد انتكاسة. يقدم كثير من الأفراد على التقدم من مرحلة اعتزام التغيير تمهيدًا لمرحلة تنفيذ التغيير، ثم الحفاظ على التغيير، ولكن ينتكس كثير منهم. وغالبًا ما يرتد الأفـراد بعد المرور بالانتكاسة إلى مرحلة سابقة، ثم يبدأون التقدم خلال المراحل مرة أخرى وتكون هناك فرصة أفضل للنجاح خلال الدورة القادمة. حيث يكونون قد تعلموا، فى كثير من الأحيان، وسائل جديدة للتعامل مع السلوكيات القديمة، ولديهم الآن تاريخ من النجاح الجزئى للبناء عليه.

يمكن أن تحدث الانتكاسة لأسباب مختلفة كثيرة؛ فقد يمر الأفـراد برغبة ملحة أو إغراء قوى بشكل خاص وغير متوقع للعودة إلى السلوك المشكل ويفشلون فى مواجهته بنجاح، وفى بعض الأحيان يبدأ الانزلاق مرة أخرى إلى نمط السلوك السابق من خلال الاسترخاء والغفلة أو القيام باختبار النفس أمام إغراء السلوك المشكل. وغالبًا ما لا يتم إدراك التكلفة الشخصية الكاملة للتغيير إلا فى وقت لاحق، ويضعف الالتزام أو الكفاءة الذاتية. ولا تحدث الانتكاسة فى معظم الأحيان آليًا، لكنها تحدث تدريجيًا بعد حدوث الزلة الأولى.

قد يسعى العملاء إلى رؤية المعالج أو غيره من مقدمى خدمات الرعاية الصحية للحصول على مساعدة، خلال ما أسماه سول شيفمان (Saul Shiffman, 1982) "أزمات الانتكاسة"، إما لأنهم زلوا فى مرحلة مبكرة من الانتكاسة أو أنهم خائفون ومترددون بسبب رغبتهم فى العودة إلى التدخين أو شرب الكحوليات أو تعاطى المخدرات، فهم يأتون للإكلينيكى عندما تكون كفاءتهم الذاتية ضعيفة، وكلهم خوف من أن العادة القديمة قد تكون أقوى منهم، وهم يسعون لبعض الطمأنينة ولفهم أزمة الانتكاسة. ومن المهم مساعدة هؤلاء العملاء على رؤية الأزمة، وكأنها فرصة للتعلم وعدم النظر لها بصفتها فشلاً. يمكن أن يساعد فهم دورة التغيير فى سياق التعلم كـلاً من

---

١ Slip.

الإكلينيكى والعميل، كما قد يساعد الاستخدام الفعال لمناحى واستراتيجيات مقابلات الدافعية على تحفيز الفرد على تجديد أو إعادة بدء الرحلة من خلال المراحل الأولى مرة أخرى وحل مشكلة الخطة الفاشلة من أجل وضع خطة أكثر فعالية والشروع فى محاولة أخرى للتغيير.

الحالة الراهنة والتحديات المستقبلية

ينبغى أن يكون واضحًا تمامًا الآن أنه يمكن نسج ودمج استراتيجيات مقابلات الدافعية معًا بإحكام وسلاسة مع مراحل "نموذج التغيير". وتتفق الأسس الفلسفية لمقابلات الدافعية على احترام العملية التى ينتهجها العميل فى التغيير، حيث تفترض مقابلات الدافعية، كما يفعل النموذج النظرى للتغيير، أن التغيير هو مسئولية الفرد ويحدث خلال كل مجالات حياة الفرد وليس فقط فى سياق أى تدخل معين. ومع ذلك، تحديد موقف العميل من حيث مراحل التغيير يمكن أن يكون مفيدًا جدًا فى تحديد أى الاستراتيجيات الدافعية الواجب استخدامها ومتى يتم استخدامها. وتناسب مناحى مقابلات الدافعية العملاء فى كل مرحلة من مراحل التغيير، مع تنوع المحتوى والاستراتيجيات، ولكن مع بقاء الهدف كما هو (CSAT, 1999; DiClemente, 1999a). وغالبًا ما يحتاج العملاء إلى مساعدة للتفاوض على الانتقال من مرحلة إلى المرحلة التى تليها فى عملية التغيير. والهدف النهائى هو مساعدة الفرد للقيام بتغييرات كفء وفعالة فى حياته، مع افتراض أن هذه التغييرات ستعزز وتدعم حياته. وفى مرحلة ما، ستصبح هذه التصرفات مستمرة على مر الزمن وسيتم دمجها فى نمط حياته بحيث يستطيع الفرد الخروج من دورة التغيير (DiClemente, in press; DiClemente & Prochaska, 1998). تؤكد تدخلات الدافعية وأنواع أخرى من التدخلات عملية التغيير وتعززها، ولكن هذه العملية دائمًا ما تتجاوز حدود أى تدخل معين.

على الرغم من أن عمليات التغيير التى وردت فى النموذج النظرى للتغيير ومناحى مقابلات الدافعية متوافقة تمامًا ومتكاملة، فإن هناك تحديات مستمرة لفهم هذه

العملية والتدخل فيها وينبغى استكشافها، وتشمل فهم كيفية تأثير مناحى مقابلة الدافعية على عمليات معينة للتغيير لدى العميل، وإمكانية تطبيق النموذج النظرى للتغيير، وإجراء مقابلات الدافعية عبر الثقافات المختلفة، وكذلك قضية التدخلات الموجزة فى مقابل التدخلات الأكثر امتداداً.

بالإضافة إلى مراحل التغيير، حدد النموذج النظرى للتغيير عدداً من عمليات التغيير التى تدخل فى الانتقال من مرحلة الى أخرى وتدخل فى التغيير الناجح (Carbonari & DiClemente, 2000; DiClemente & Prochaska, 1998; Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli, & Rossi, 1991). ويبدو أن العمليات المعرفية والخبراتية فى التغيير أكثر أهمية فى المراحل الأولى من التغيير، بينما تبدو العمليات السلوكية أكثر أهمية فى المراحل اللاحقة (Perz, DiClemente, & Carbonari, 1996). ومن المفترض أن مناحى مقابلات الدافعية المشتركة تؤثر فى المراحل الأولى من التغيير على العمليات المعرفية والخبراتية مثل زيادة وعى العملاء وإعادة تقييم الذات لديهم وإعادة التقييم البيئى وما شابه ذلك. وعلى العكس من ذلك، تؤثر مقابلة الدافعية على كفاءة التغيير وعملياته السلوكية مع انتقال العملاء خلال عملية التغيير. وهناك ضرورة لمزيد من البحوث لاستكشاف هذه الفروض (Joseph et al., 1999). تشير البيانات الواردة من مشروع MATCH إلى أن تعزيز الدافعية للعلاج (Miller et al., 1992) كان فى معظم الأحوال فعالا مثل العلاجات الأكثر شمولاً (مجموعة أبحاث مشروع MATCH, 1997b). ومع ذلك، يشير تحليل عملية التغيير إلى أنه لم يكن لهذا العلاج تأثير فارق على نشاط العملية وذلك مقارنة بالعلاجات الأخرى (DiClemente, Carbonari, Zweben, Morrel, & Lee, 2001). وقد يكون من الصعب جداً الإمساك بكل عمليات التغيير والتحولات الحاسمة فى تجارب العلاج واسعة النطاق، ومن ثم هناك حاجة لإجراء محاولات تجريبية لدراسة، على وجه التحديد، كيف تؤثر مختلف استراتيجيات ومناحى مقابلات الدافعية على مختلف عمليات التغيير التى حددها النموذج النظرى للتغيير.

لقد تم فحص مراحل التغيير لعدد من السلوكيات المختلفة لدى مجموعة متنوعة من الأفراد من مختلف دول العالم، وتم ترجمة مقابلة الدافعية أيضاً إلى لغات مختلفة، وبالتالى تم نقلها إلى ثقافات خارج حدود الولايات المتحدة وبريطانيا العظمى وأستراليا، حيث نشأت. وتدعم البيانات والتقارير الأولية الخاصة بالتطبيق فى مختلف أنحاء العالم القناعة بأن نفس العملية الأساسية للتغيير تحدث عبر الثقافات المختلفة. ويبدو أن اعتزام التغيير والتجهيز له وتنفيذه والحفاظ عليه تمثل تحديات مماثلة لعلاج الإدمان مثلاً، وفى كلا الثقافتين الغربية والشرقية. فاذا كان هذا صحيحا، يتمثل التحدى فى فهم كيفية تسهيل الحركة عبر المراحل لدى مختلف الأعراق والثقافات (Suris, Trapp, DiClemente, & Cousins, 1998). من الواضح أن أنواع الاعتبارات ونظم القيم واستراتيجيات العمل ونظم الدعم تختلف مع تنوع الأفراد ومع انتقالهم من مرحلة إلى أخرى. قد يعنى هذا أن هيكل عملية التغيير يظل كما هو، ولكن مع فرق محتوى اعتبارات اتخاذ القرارات وطبيعة الالتزام والاستراتيجيات الخاصة بالعمل وخطط الإبقاء على التغيير والحفاظ عليه. وتكمن التحديات فى قياس مراحل التغيير (Carey, Purnine, Maisto, & Carey, 1999)، وفهم أى استراتيجيات منحى مقابلات الدافعية يمكن استخدامها عبر الثقافات لتعزيز الانتقال بين المراحل، والتى تحتاج إلى تكيف واضح من قبل الممارسين فى الثقافات المختلفة من أجل أن تكون ذات حساسية لاحتياجاتهم، فضلا عن احتياجات العملاء.

أخيراً، كثيراً ما يتم استخدام الاستراتيجيات التحفيزية فى سياق التدخلات المختصرة أو الأكثر إيجازا، وقد تستغرق عملية تغيير فرد واحد لسلوك واحد مستهدف، كما صورها النموذج النظرى للتغيير، وقتا طويلاً، وربما سنوات، وتصبح هذه العملية أكثر تعقيداً عندما يتعلق الأمر بسلوكيات متعددة فى مختلف مجالات الحياة (DiClemente, 1994, 1999b; DiClemente & Prochaska, 1998). كيف يجب تزامن المناحى والدافعية واستراتيجياتها مع عملية التغيير؟ هل هناك حاجة لأنواع أخرى من الاستراتيجيات (التدخلات السلوكية المعرفية) بالإضافة إلى التدخل من خلال مقابلة الدافعية مع بعض العملاء أو مع بعض أنواع المشاكل؟ تبدأ بعض المناحى

الإكلينيكية استخدام التدخل الدافعى أولا ثم تنتقل إلى المزيد من التدخل المعرفى السلوكى المكثف، وهو ما يجرى تقييمه فى تجربة إكلينيكية واسعة لعلاج إدمان الكحول تسمى "مشروع كومباين COMBINE" تحت رعاية المؤسسة الوطنية لعلاج إدمان الكحول، وتستخدم برامج أخرى لتعزيز الدافعية كعلاج قبل استخدام مناخ أكثر تكثيفًا (انظر الفصل العشرين). وقد دمجت بعض المناحى مراحل أخرى فى علاجات أكثر تقليدية (Connors et al., 2001) أو جمعت ضمن جلسات العلاج الجماعى بين مناحى مقابلات الدافعية وعمليات من الاستراتيجيات القائمة على التغيير (Velasquez et al., 2001). هناك بعض الأسئلة التى تتطلب المزيد من البحث مثل كيفية دمج استراتيجيات مقابلات الدافعية مع تدخلات أكثر كثافة وما إذا كان هذا الجمع بين المناحى مطلوباً لبعض العملاء أم كل العملاء.

على الرغم من أن هناك قضايا مستمرة وتحديات متصلة تتعلق بفهم التفاعل بين النموذج النظرى للتغيير ومقابلات الدافعية، فإنه هناك شيء وحيد واضح، فقد شهد كل من باحثى الصحة والإدمان والإكلينيكيين بأن كلا هذين المنظورين مفيدان. وبدأ كثيرون فى استخدام النموذج النظرى للتغيير لتوسيع رؤيتهم لعملية التغيير وتوسيع نطاق التدخل المحتمل فى هذه العملية منذ مرحلة ما قبل اعتزام التغيير إلى مرحلة الحفاظ عليه، وتبنوا فى ذات الوقت مناحى دافعية للتدخل لمعالجة المسألة الحرجة الخاصة بالدافعية التى غالبًا ما تُترك تمامًا للعميل. لن يتحقق الهدف المرجو من النموذج النظرى للتغيير ومقابلة الدافعية إلا من خلال فهمها على نحو أكمل والتدخل بشكل أكثر فعالية فى عملية التغيير.

الفصل السادس عشر

كفاءة مقابلة الدافعية وتعديلاتها

ماذا نعرف حتى الآن؟

Brian L.Burke, Hal Arkowitz, and Christopher Dunn

"من قطرة ماء واحدة يستطيع عالم المنطق الاستدلال منطقيا على احتمال وجود المحيط الأطلنطى أو شلالات نياجرا دون الحاجة لأن يرى أو يسمع أى منهما. فالحياة كلها عبارة عن سلسلة عظيمة، نستطيع معرفة طبيعتها عندما تظهر لنا إحدى حلقاتها. مثل جميع الفنون الأخرى، لا يمكن تحصيل علم الاستدلال والتحليل إلا من خلال الدراسة الطويلة والمثابرة، ولا تكفى حياة أى إنسان بأكملها لبلوغ أعلى درجات الكمال الممكنة فى هذا العلم".

- Sherlock Holmes, in Sir Arthur Conan Doyle, A study in Scarlet

عندما صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب فى عام ١٩٩١، كانت هناك أسباب وجيهة للاعتقاد بأن المؤلفين قد وضعوا أيديهم على منحى واعد لمساعدة الأفراد على تغيير سلوكيات الإدمان وغيرها من السلوكيات التى تسبب مشاكل، ومع ذلك لم يكن هناك فى ذلك الوقت إلا القليل من الدراسات التى تناولت تقييم فعالية المناحى المتعلقة بمقابلة الدافعية. وعلى الرغم من ذلك، شهد العقد الماضى أعداداً متزايدة من البحوث

التجريبية لهذه المناحى على مجموعة كبيرة من المشاكل الإكلينيكية. سنراجع هذا الأمر فى هذا الفصل بشكل نقدى، مع التركيز على التجارب المضبوطة للتدخلات التى تُقدم فرديًا، والتى تتضمن المبادئ الأساسية لمقابلات الدافعية.

ما مقابلات الدافعية ؟

عرف (Miller and Rollnick) فى هذا الكتاب مقابلة الدافعية بأنها "منحى توجيهى يتمركز حول العميل لتعزيز الدافعية الذاتية للتغيير عن طريق استكشاف التناقض وحله" (الفصل الثالث)، وهى كما يصفانها بأنها "وسيلة للوجود مع الأفراد" ومجموعة من الأساليب الإكلينيكية التى يمكن تعليمها وتعلمها. وتنطوى مقابلات الدافعية على تطبيق الأربعة مبادئ الأساسية التالية:

- التعبير عن المواجدة.
- تنمية التباين.
- الدوران مع المقاومة.
- تدعيم الكفاءة الذاتية.

إكلينيكيًا، يمكن استخدام المناحى المتصلة بمقابلات الدافعية من خلال مجموعة متنوعة من الطرق، فهذه التدخلات يمكن أن تمثل علاجًا أساسيًا، أو تمهيدًا لنوع آخر من العلاج فى محاولة لتعزيز استجابة العميل لذلك العلاج الآخر، كما يمكن أيضًا تعديلها بحيث يمكن تعديلها من أجل الجمع أو الدمج بينها وبين مكونات علاجية أخرى أو حتى مع علاجات أخرى كاملة.

فى أدبيات البحوث، كانت أكثر مناحى مقابلات الدافعية استخدامًا هى تلك التى يمنح فيها العميل (عادة مدمنو الكحول أو المخدرات) مردودًا على أساس القياسات

الفردية للتقييم المعيارى، وفى كثير من الأحيـان وفقًا لمقياس فحص الشرب[1] (DCU) (Miller, Sovereign,& Krege, 1988) أو النسخ المعدلة منها. يتم تقديم المردود بأسلوب "مقابلة الدافعيـة"، ومناقشـة للمشكلة التى قد تمتد لتشمل جلسة واحدة أو أكثر، حيث الاستمرار فى العمل بما يجسد المبادئ والأساليب الأساسية لمقابلات الدافعية. نرى أن هذا المنحى القائم على المردود والمستخدم فى العديد من الدراسات التى استعرضناها هنا، بما فى ذلك المشروع المعروف باسم (MATCH(1997b، يشكل "تعديلاً" لمقابلات الدافعية (AMI)[2]، لأنه يتم تعـريفه من خلال وجـود مكون المردود ولا يقتصـر تعريفه على استخدام مقابلات الدافعية فقط[(1)]. على نطاق أوسع، نطلق مصطلح مقابلات الدافعية المعدلة على التدخلات التى تضم أساليب إضافية لمقابلات غير دافعية مع الحفاظ فى ذات الوقت على مبادئ مقابلات الدافعية باعتبارها جوهر العلاج، فضلاً عن التدخلات التى تم تعديلها خصيصا لاستخدام غير المتخصصين (Rollnick, Heather, & Bell, 1992). من المثير للاهتمام أن نلاحظ أن جميع الدراسات التجريبية المنشورة فى هذا المجال (وبالتالى فى هذه المراجعة) تتناول بالفعل كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة، مع عدم وجود أى دراسات تتناول فعالية مقابلات الدافعية بصوره نقية خالصة نسبياً.

ماذا وجدت المراجعات السابقة لأدبيات مقابلة الدافعية ؟

هناك مراجعتان سابقتان منشورتان، أولهما قام بها نونان وموييرز (Noonan and Moyers, 1997)، حيث راجعا الإحدى عشرة تجربة إكلينيكية من تجارب مقابلات الدافعية المعدلة المتاحة فى ذلك الوقت – تسعة مع من يعانون من مشاكل شرب الخمور، واثنان من متعاطى المخدرات). وقد توصل المؤلفان إلى أن تسعة من هذه الدراسات تدعم فعالية مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج مجموعة متنوعة من سلوكيات الإدمان.

١ Drinker,s Check-up.

٢ Adaptation of motivional interviewing.

تمت المراجعه الثانية مؤخراً، حيث قام كل من دون وديرو وريفارا (Dunn, DeRoo, and Rivara, 2001) بمراجعة منتظمة لتسع وعشرين تجربة عشوائية لتدخلات مختصرة تدعى استخدام مبادئ وتقنيات مقابلات الدافعية (أو ما أطلقنا عليها اسم مقابلات الدافعية المعدلة) لتغيير السلوك فى أربعة مجالات هى: تعاطى المخدرات، والتدخين، والحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، والحمية الغذائية وممارسة الرياضة. تم عرض بيانات الخصائص المنهجية فى جداول، وكذلك حسابات تأثير حجم العينات ومستويات الثقة عند ٩٥٪(٢). ضمت المراجعة سبع عشرة دراسة فى تعاطى المخدرات، واثنتين فى التدخين، وأربعاً فى التقليل من خطر فيروس الإيدز، وستاً فى مجال الحمية الغذائية وممارسة الرياضة. بصفة عامة، كان هناك تأثير واحد دال على الأقل فى ٦٠٪ من الدراسات بالنسبة لمقابلات الدافعية المعدلة تحت البحث. ووجدت المراجعة أن أقوى الأدلة على فعالية مقابلات الدافعية المعدلة كانت مع تعاطى المخدرات، حيث بدا أنه يعمل بشكل جيد بالنسبة لمن يعانون من مشكلة شرب الكحوليات وأدى إلى تحسن فى معدل دخول المدمنين فى برامج العلاج، وكذلك معدل بقائهم تحت العلاج. ولم يبد أن تاثيرات مقابلات الدافعية المعدلة تتناقص بمرور الوقت، وكان حجم تأثير مقابلات الدافعية المعدلة كتمهيد ومقدمة للعلاج مساوياً تقريباً لمقابلات الدافعية المعدلة كتدخل قائم بذاته.

ماذا تضم مراجعتنا؟

لأغراض هذه المراجعة، قمنا بالبحث خلال أقسام المراجع فى الدراستين السابقتين، وكذلك على موقع مقابلات الدافعية (www.motivationalinterview.org)، وأجرينا أيضاً بحثاً فى قاعدة بيانات (PSYCINFO) عن "مقابلات الدافعية"، وأخيراً أرسلنا رسالة إلكترونية لجميع أعضاء شبكة العمل الخاصة بمدربى مقابلة الدافعية سائلين إياهم عن أى مقالات منشورة أو مجلات ذات صلة بأغراض مراجعتنا.

يلتزم هذا الفصل بالمبادئ الإرشادية العامة المعمول بها حالياً فى مراجعات مدى فعالية مختلف العلاجات النفسية (انظر Kazdin Kazdin, 1992). لذلك، كان يجب أن تتوفر المعايير التالية فى الدراسات حتى يمكن إدراجها فى مراجعتنا هذه:

- يجب أن يضم التدخل الوارد فى الدراسة، بصفة أساسية وعلى وجه الحصر، تنفيذ مبادئ مقابلات الدافعية التى ناقشناها توا، وليس مبادئ أى مناحٍ أخرى (مثل العلاج المعرفى السلوكى).
- يجب أن يكون قد تم تقديم التدخل للفرد (على أساس من شخص لشخص ووجها لوجه)[٢].
- يجب أن تشكل كفاءة الفرد، التى هى مكون لمقابلات الدافعية المعدلة التى تتم وجهاً لوجه مكوناً أساسياً من تصميم الدراسة (أى بدون الخلط بينها وبين المساعدة الذاتية أو مجموعة المساعدة أو غيرها من الأشكال).
- يجب أن يفى تصميم الدراسة بمعاييرنا للتجارب الإكلينيكية المضبوطة.

فى تعريفنا لها، لابد أن تستخدم التجربة الإكلينيكية المضبوطة المعايير التالية: التوزيع العشوائى للعملاء على المجموعات، أو طريقة بديلة تساوى بين مجموعات المقارنة للعملاء قبل العلاج (مثل التوزيع المتسلسل)، ومجموعة واحدة للمقارنة على الأقل ووصفاً واضحاً للعينة وقياساً مناسباً يستهدف النقاط محل الدراسة، وجمع بيانات المتابعة. وعلى الرغم من أن التجارب الإكلينيكية تتعرض مؤخرا لبعض الانتقادات (على سبيل المثال، Borskove & Castonguay, 1998)، فإنها تبقى المعيار الذهبى لتقييم نتائج العلاج (Miller, Andrews, Wilbourne, & Bennett, 1998).

ما أنواع التجارب الإكلينيكية المضبوطة التى استخدمت مقابلات الدافعية المعدلة ؟

استوفت ست وعشرون دراسة المعايير التى أدرجناها تواً(٤). توضح الجداول من (١٦-١أ) إلى (١٦-١ج) الخصائص الأساسية لكل دراسة، مجمعة حسب مجال المشكلة الإكلينيكية، حيث تختلف الدراسات اختلافًا واضحًا من حيث السياق وخصائص العينة وأشكال التدخل واستخدامات مقابلات الدافعية المعدلة (مثلاً: كتمهيد لمزيد من الخدمات أو كعلاج مستقل) ومجموعات المقارنة المستخدمة وتدخل مراقبة الجودة وقياس النطاق وطول مدة المتابعة.

ما مدى جودة هذه الدراسات ؟

منظور كمى لمنهجية البحث

قبل الشروع فى مزيد من البحث النوعى للتجارب الإكلينيكية لمقابلات الدافعية المعدلة، سنقدم تقييما كميًا لمنهج ونتائج هذه التجارب، وذلك باستخدام نظام وضعه ميلر Miller وزملاؤه (Miller and colleagues, 1995)، حيث قام اثنان من المقيمين بتقييم جودة منحى كل دراسة من خلال الحكم على اثنى عشر بعداً محدداً مع الوضع فى الاعتبار أن بعض الأبعاد (على سبيل المثال: معدل وطول مدة المتابعة) تحصل على أكثر من نقطة واحدة، بحيث يصل أقصى قدر ممكن من درجة الجودة المنهجية (MQS)[١] إلى سبع عشرة درجة.

تم أيضًا تحديد الدرجات المنطقية لنتائج كل دراسة (OLS)[٢] التى تعكس قوة دعم فعالية العلاج، وتم تصنيف نتائج الدراسة بأنها تقدم أدلة إيجابية (+١ = علاج أفضل من أى بديل بدون مجموعة ضابطة، أو مساوٍ لعلاج أطول بدون مجموعة ضابطة)

---

١ Methological quality score.

٢ Outcome logic score.

أو أدلة إيجابية قوية (+٢ = علاج أفضل من عدم تقديم أى علاج أو أفضل من علاج بديل لمجموعة ضابطة)، وأدلة سلبية (-١ = نتائج مختلطة أى متناقضة أو غير ذات أهمية بين العلاجات محل المقارنة) أو أدلة سلبية قوية (-٢ = علاج أسوأ من البدائل أو مساوٍ لمجموعة ضابطة لا تتلقى أى علاج) لتدخل مقابلات الدافعية المعدلة قيد البحث، ثم تم ضرب درجات الجودة المنهجية فى الدرجة المنطقية للنتائج لكل دراسة لحساب درجة مرجحة لكل دراسة تعكس مساهمتها فى النتيجة وفقا لطبيعة منهجها فى البحث. قمنا بعد ذلك بجمع نقاط عبر المنتج من جميع الدراسات للتوصل إلى درجة الدليل التراكمية (CES)[١] لفعالية مقابلات الدافعية المعدلة (AMI) فى كل مجال، كما هو مبين فى الجداول من (١٦-٢أ) إلى (١٦-٢ج). لأغراض المقارنة، يقدم الجدول (١٦-٢هـ) موجزًا للأدلة على فعالية عدة علاجات محددة لمشاكل شرب الكحول (مقتبسة من (Miller et al., 1998 جنبا إلى جنب مع الأدلة على مقابلات الدافعية المعدلة فى نفس المجال (من جدول ١٦-٢ أ).

وهكذا، تدعم الأدلة المتراكمة من التجارب الإكلينيكية المضبوطة بقوة فعالية مقابلات الدافعية المعدلة فى معالجة مشكلة إدمان الكحول (CES درجة تراكمية للدليل = + ٢٢٢)، حيث أظهرت من إحدى عشرة إلى اثنتى عشرة عينة نتائج إيجابية. وعلى الرغم من ذلك، كان دليل فاعلية مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج المشاكل الأخرى أقل حسمًا، فمن ضمن عشر دراسات لبحث فاعليتها فى مجالات التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة الخاصة بفيروس الإيدز والالتزام بعلاج الاضطرابات النفسية، أسفرت خمسة منها عن درجات منطقية للنتائج، بإجمالى - ١٢ درجة تراكمية للدليل. وقد دعمت أربعة من الخمسة تجارب الإكلينيكية فاعلية مقابلات الدافعية المعدلة فى مجالات الالتزام بالحمية الغذائية وممارسة الرياضة والسلوكيات الصحية الأخرى (درجة تراكمية للدليل = + ٦٢).

---

١ Cumulative evidence score.

عند مقارنة مقابلات الدافعية المعدلة العلاجات الأخرى الشائعة لمشاكل الكحول (جدول ١٦-٢ج)، كانت النتائج إيجابية للغاية: حيث أحرزت مقابلات الدافعية المعدلة أعلى دليل إجمالى متراكم بين المناحى العلاجية المختلفة الأخرى (مثل: درجة تراكمية للدليل = +٢٢٢ بالنسبة لمقابلات الدافعية المعدلة مقابل + ١٢٠ بالنسبة للتدريب على المهارات الاجتماعية و + ٢٢ بالنسبة للعلاج المعرفى). لذلك، يدعم وزن الأدلة المستقاة من التجارب الإكلينيكية المضبوطة، بعد تصحيحها وفقا للجودة المنهجية بقوة فعالية مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج مشكلات الكحول.

جدول (١٦-١أ) الخصائص الأساسية للتجارب الإكلينيكية المضبوطة لاستخدام مقابلات الدافعية المعدلة للتوقف عن التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة للإيدز

رقم الدراسة		١	٢	٣	٤	٥
المكان		مستشفى نفسى	VA متابعة خارجية SAC	حرم جامعى	حرم جامعى	مركز لعلاج الصدمات
العينة	الحجم	٢٨	٣٢	٦٠	٣٤٨	٧٦٢
	النوع د/إ	٧/٢١	٢/٣٠	٣٤/٢٦	١٨٨/١٦٠	١٣٧/٦٢٥
	حدة المشكلة	AD	MA	CB	CH	٪٨٣ SM
نوع التدخل/ عدد الجلسات		AS(1)+ MIFB(1) +RT	AS(1)+ MIFB(1) +SO	MIFB(1)	MIFB (1) at 1yr: MF+possible (10%) MIFB (1)	MIFB(1)+SL
استخدام AMI		P	P	S	S	S
مجموعات المقارنة		RT	AP+SO	لا علاج	لا علاج	لا علاج
تدريب المعالجين		MI	MI	AMI	AMI	MI
ضبط جودة التدخل		None*	AID+COD	SUP	OBS+SUP+MAN	None*
نوع القياس/ الهدف		/BEH شرب	/BEH شرب	/BEH شرب+ BEH-AROP+ معايير وتوقعات مدركة	/BEH شرب+ BEH-ARP	/BEH شرب + BEH-ARP
مدة المتابعة (نسبة الإتمام)		٣ شهور/ ٪٨٩	٣ شهور/ ٪٨١	٦ أسابيع/ ٪٩٨	٣ شهور/ ١٢ شهراً سنتان ٪٨٨ ثلاث سنوات > ٪٨٠ ٤ سنوات ٪٨٣	٣ شهور/ ٪٧٤ ١٢ شهراً ٪٥٢ ٣ سنوات on ARP

جدول (١٦-١ب) الخصائص الأساسية للتجارب الإكلينيكية المضبوطة لاستخدام مقابلات الدافعية المعدلة للتوقف عن التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة للإيدز والالتزام بالعلاج الطبى النفسى

رقم الدراسة	٦*	٧	٨	٩*	١٠
المكان	SAC	SAC	مستشفى ER	عيادة ولادة	مستشفى عام
الحجم	٤٢	٤٢	٩٤	٤٢	١٧٤
النوع د/ا	١٢/٣٠	١٨/٢٤	٣٤/٦٠	٤٢/٠	٠/١٧٤
حدة المشكلة	SC	SC	ARE	متنوع	HD
نوع التدخل/ عدد الجلسات	1:AS (2hr DCU+MI FB(1) 2:Same+RL	AS (2hr DCU) S+ MIFB(1)	MIFB (1)+ IR+RL	MIFB (1)	MIFB (1)
استخدام AMI	S	S	S	S	S
مجموعات المقارنة	٦ أسابيع WL ثم نفس العلاج مرة واحدة	1: AS+CFB 2:6wk WL ثم نفس العلاج مرة واحدة	حديث ٥ دقائق IP + RL +	IL	1:SBC2 لا علاج
تدريب المعالجين	MI	MI	MI	MI	MI
ضبط جودة التدخل	لا علاج	AUD+ COD+ OBS+ SUP	RS + VID + SUP	لا علاج	AUD+ MAN^{SBC}
نوع القياس/ الهدف	BEH- شرب	BEH- شرب+ PRO أسلوب معالج	BEH- شرب BEH- + ARP + RC	BEH- drinking + RC[1]	BEH- drinking + A TI-RC
مدة المتابعة (نسبة الإتمام)	٦ أسابيع ٩٣٪ ١٨ شهراً ٧٦٪	٦ أسابيع ١٠٠٪ ١٢ شهراً ٨٣٪	٦ شهور ٨٩٪	شهران ٨١٪	٦ شهور ٧٠٪

جدول (١٦-١ج) الخصائص الأساسية للتجارب الإكلينيكية المضبوطة لاستخدام مقابلات الدافعية المعدلة للتوقف عن التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة للإيدز والالتزام بالعلاج الطبى النفسى

رقم الدراسة	a*١١	١٢	١٣	١٤	١٥
المكان	٥ عيادة خارجية SAC[S]	مستشفى	GMP	EAP s	مستشفى
الحجم	٧٧٤	٤٠	٥٣٦	٨٩	
النوع ذ/إ	١٥٥/٦١٩	٢٣/١٧	٣٧٣/١٦٣	١٦/٧٣	٢٣ ٨/١٥
حدة المشكلة	AD or AA + IT	مدخنون صغار سن	راشدون مدخنون	DD	DC
نوع التدخل/ عدد الجلسات	MET (4)	MIFB (1) + IP MC (1)	MC (1)	MIFB (1)	MIFB (1) + partial RT
استخدام AMI	S-FU	S	S	Possible P	P
مجموعات المقارنة	MET or CBT or TSF	BA	BA	CFB (1)	SI (1) + partial RT
تدريب المعالجين	VID+ COD+ MAN+ SUP	MI	MI	MI or CFB	MI
ضبط جودة التدخل	BEH- شرب + ARP+ PRO- أسلوب معالج ATI-RC + وأخرى	MAN	MAN	MAN + SUP + RS	None
نوع القياس/ الهدف		BE/SMO KING + ATI/RC	BEH/smo king + ATI/RC	BEH/subs tance use + BEH/work performance	BEH/s ubstan ce use + BEH/ treatment partici pation
مدة المتابعة (نسبة الإتمام)		٣ شهور	٩ شهور	٩ شهور	١٢ أسبوعاً

١

جدول (١٦-١د) الخصائص الأساسية للتجارب الإكلينيكية المضبوطة لاستخدام مقابلات الدافعية المعدلة للتوقف عن التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة للإيدز والالتزام بالعلاج الطبى النفسى.

رقم الدراسة	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
المكان	SAC	SAC	SAC	SAC	SAC
الحجم	١٩٢	١٢٢	٢٩١	٩٥	٢٠٠
النوع ذ/إ	٥٦/١٣٦	٤٣/٧٩	٦٧/٢٢٤	٥١/٤٤	٤١/١٥٩
حدة المشكلة	IDU	HU	MU	IDU	IDU
نوع التدخل/ عدد الجلسات	MID (5)	MIF (2)+ MT	MIFB (2)	MIHIV (1) + SH + SO	MIHIV (1)+ RPB
استخدام AMI	P	P	S	مساعد SO	P
مجموعات المقارنة	RR(5)	ED(2)+M T	1:RPSG (14) 2:لا علاج	1:MIHIV (1) + RP (5) + SO 2: BA+IP+SO	لا علاج
تدريب المعالجين	MI or RR	MI	MI	MI	MI
ضبط جودة التدخل	AUD+ COD+ RS	MAN	SUP+CR	MAN + AUD + SUP	MAN + SUP
نوع القياس/ الهدف	دخول للعلاج BEH/	تعاطى أفيونات/ BEH+ BEH-ORP+RC	تعاطى ماريجوانا/ BEH+ اعتماد BEH-MRP	BEH-HIV سلوكيات خطرة	BEH-HIV سلوكيات خطرة
مدة المتابعة (نسبة الإتمام)	٣ شهور	٣ شهور ٧٥٪ ٦ شهور ٦٠٪	١ شهر ٨٨٪ ٤ شهور ٨٢٪ ٧ شهور ٨١٪ ١٣ شهراً ٨٧٪ ١٦ شهراً ٨٩٪	٦٣ شهراً ٨٤٪	٣ شهور ٦٠٪ ٦ شهور ٤٤٪

جدول (١٦-١هـ) الخصائص الأساسية للتجارب الإكلينيكية المضبوطة لاستخدام مقابلات الدافعية المعدلة للتوقف عن التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة للإيدز والالتزام بالعلاج الطبى النفسى

رقم الدراسة	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦
المكان	مستشفى	عيادة للحمية الغذائية	GMP	GMP	عيادة خارجية	عيادة اضطرابات أكل فى مستشفى
الحجم	١٢١	١٢١	١٦٦	٥٢٣	٢٢	١٢٥
النوع ذ/إ	٤٤/٧٧	٦١/٦٠	٨٠/٨٦	٣٠٦/٢١٧	٢٢/٠	١٢٥/٠
حدة المشكلة	Psy	HL	HBP	تنوع من مرضى راشدين	سمين أكبر سنًا NIDDM	BN
نوع التدخل/ عدد الجلسات	MIU (2) + SP	MIM (3)	1:HMI (6) + مساعد BM + IP + SO 2 : LMI to SO (1) + PMI + BM + IP + SO	1:HMI (6)+BF +IP+RL 2: LMI (1) + BF + IP + RL	MISF(3) + GBT	MET معدلة (٤)
استخدام AMI	مساعد SP	S	SO	مساعد لـ BF	مساعد لـ GBT	P ممكنة
مجموعات المقارنة	SP	SD (3)	BM لكن تدريب الـ MI غير مسجل	PF + IP + RL	GBT	CBT معدل
تدريب المعالجين	MI	غير مسجل	لا يوجد	MI	MI	MET و CBT

رقم الدراسة	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦
ضبط جودة التدخل	SUP	MAN + AUD + COD	وزن/ PHY - BP + PHY - حمية ملح ودهون + تدخين وكحول/ BEH+ تمرين/ BEH	لا يوجد	لا يوجد	MAN+SUP
نوع القياس/ الهدف	التزام بالعلاج/ BEH	حمية/ BEH + وزن/ PHY + Blood libids + RC		درجات النشاط البدنى/ BE	التزام بالعلاج/ BEH + PHY - ضبط نسبة السكر	أكل بشراهة BEH + / تطهير معوى/ BEH + RC
مدة المتابعة (نسبة الإتمام)	أول تسجيل للمتابعة	٣ شهور ٨٠٪	١٨ أسبوعًا ٨٠٪	١٢ أسبوعًا ٨١٪ سنة ٨٥٪	٤ شهور ٧٣٪	٤ أسابيع ٥٤٪

ملاحظات على جداول (١٦-١ أ إلى هـ): انظر قائمة المراجع فى نهاية الفصل حسب أرقام الدراسات.

استخدمت الدراستان ١١أ و١١ب عينتين مختلفتين لمشروع ماتش (العيادات الخارجية والرعاية اللاحقة، على التوالى).

الدراسات التى بجوارها نجمة (*) تشمل أحد مؤسسى مقابلات الدافعية (Miller أو Rollnick) بصفتهما باحثين.

السياق: برامج مساعدة الموظفين (EAP)؛ غرفة الطوارئ (ER)، الممارسة الطبية العامة (GMP)؛ عيادة علاج إدمان المخدرات (SAC)؛ وزارة شئون المحاربين القدامى (VA).

خصائص العينة / مدى الخطورة والحدة: متعاطو الكحول (AA) وفقًا لللطبعة الثالثة المعدله للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية)؛ مدمنو الكحول وفقا لنفس الدليل التشخيصى والإحصائى، والمرضى بغرفة الطوارئ فى أعقاب حادث متعلق بتعاطى أو إدمان الكحول؛ والنساء اللاتى يعانين من الشره المرضى العصبى وفقا للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى؛ وطلاب الجامعات الذين يترددون على "حفلات شرب الكحول (CB)؛ طلاب الجامعات الذين يعانون من "الإفراط فى الشرب (CH)؛ والأفراد الذين تم تشخيص حالتهم بتعاطى أو إدمان المخدرات بالتزامن مع المزاج المرضى أو الاضطراب الذهانى وفقا للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى (DC)، والذين تم تشخيصهم بتعاطى أو إدمان المخدرات بدون أمراض متزامنة معه (DD) وفقًا للطبعة الثالثه المعدلة من الدليل التشخيصى والإحصائى (DD)؛ ومرضى ارتفاع ضغط الدم (HBP)؛ والذين يفرطون فى الشرب الذين يزيد قياسهم ٢٨ أسبوعيا على مقاييس الشرب النمطية (HD)؛ والمرضى الذين يعانون من ارتفاع نسبة الدهون فى الجسم (مجموع الكوليسترول فى الدم يزيد عن ٥,٢ mmol / لتر-(HL))؛ ومتعاطى الهيروين بدون استخدام المخدرات المركبة (HU)؛ ومتعاطى المخدرات عن طريق الحقن (IDU)، ومرضى العيادة الداخلية الذين يخضعون لبرنامج يمتد لمدة لا تقل عن ٧ أيام لعلاج المشاكل الناجمة عن تعاطى الكحول (IT)، والأفراد الذين يسجلون قياسات تساوى أو تزيد عن ١٠ درجات فى اختبار ميشيجان لفحص الإدمان (MA) (MAST; Selzer, 1971) ويعنى ذلك ("حاد سريريا")؛ ومتعاطى الماريجوانا بدون تناول مخدرات متعددة (MU)؛ ومرضى السكر الذين لا يعتمدون على الأنسولين (NIDDM)؛

ومرضى الأمراض النفسية (PSY)، معظم (٧٥٪) مرضى اضطراب المزاج أو الاضطراب الذهانى (وفقًا للطبعة الرابعة من الدليل التشخيصى والإحصائى) بالتزامن مع اضطراب تعاطى المخدرات، ومتعاطى الكحول الذين يهتمون بوضعهم ويستجيبون لإعلانات الانضمام كعينات للبحوث والدراسات الخاصة بشرب الكحول (SC)؛ وأعضاء القائمة القصيرة لاختبار ميشيجان لاختبار فحص إدمان الكحول (SMAST; Selzer et al., 1975) الذين يبلغ قياسهم ٣-٨ درجه ("درجة إدمان متوسطة").

نوع التدخل: قائمة فحص متعاطى الحكول (DCU; Miller et al., 1988) أو جهاز تقييم مشابه يشكل جزءا من التدخل (أى أبعد من مجرد تقييم خط الأساس الذى يتم لجميع المجموعات)؛ أساليب تعديل السلوك (BM)؛ مقابلات دافعية مكثفة "عالية" (HMI) تشمل ست جلسات يمتد كل منها لمدة دقيقة؛ مقابلات دافعية غير مكثفة "منخفضة" (LMI) تضم جلسه واحدة مدتها ٤٥ دقيقة؛ مشورة دافعية (MC) عبارة عن مقابلات دافعية وجيزة وضعت لهذه الدراسة؛ العلاج من خلال التعزيز الدافعى (MET) وهو عبارة عن أربع جلسات من المقابلات الدافعية عبر الكتيبات التدريبية (Miller et al., 1992)؛ تغذية مرتجعة عبر البريد (MF)؛ مقابلات دافعية لمتعاطى المخدرات عبر الحقن تضم خمس جلسات تمتد كل منها لمدة ٣٠ دقيقة بدون أى من مكونات التغذية المرتجعة (MID)؛ مقابلات دافعيه لمتعاطى الهيروين عبارة عن جلسة لمدة ساعة بالإضافة إلى ١٥ دقيقة متابعة تتم بعد أسبوع (MIF) (Saunders et al., 1991)؛ تغذية مرتجعة فى نمط مقابلات دافعية (MIFB)؛ مقابلات دافعية للحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية (MIHIV) (Baker & Dixon, 1991)؛ MIM (Rollnick et al., 1992)؛ MISF، مقابلات دافعية مع بعض مكونات المردود؛ نتائج المقابلات الدافعية للسياقات الطبية (MISF) (McConnaughy et al., 1989)؛ PMI، خمس جلسات من المقابلات الدافعية عبر الهاتف تمتد كل منها لمدة ١٥ دقيقة؛ كتيب الوقاية من الانتكاس ((RPB؛ كتيب للمساعدة الذاتية (SH)؛ رسالة موجزة (بخط اليد) بعد شهر من التدخل (SL)؛ BF, GBT, IP, MT, RL, RT, SO, SP، انظر إلى مجموعة المقارنة للاطلاع على التعاريف.

استخدامات مقابلات الدافعية:

١- كعلاج مساعد، تستخدم المقابلات الدافعية كملحق للخدمات السريرية الأخرى.

٢- كمتابعة للرعاية الأساسية فى العيادات الداخلية (FU).

٣- كمقدمة أو تحضير لمزيد من العلاج (P).

٤- كعلاج مستقل بذاته (S).

٥- BF, GBT, SO, and SP (انظر مجموعة المقارنة للاطلاع على تعريف لهذه الرموز).

مقارنة المجموعة: مقابلة لشد الانتباه للعلاج البديل (AP) وهى تشتمل على بعض التغذية المرتجعة؛ مشورة موجزة (BA) (~ ٥ دقائق) للإقلاع عن التدخين أو للحد من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية؛ تغذية مرتجعة قصيرة (BF) مع مقارنة معيارية (فيما يتعلق بمستويات الممارسة)؛ العلاج من خلال تعلم المهارات السلوكية المعرفية (CBT) (١٢ جلسة)؛ تغذية مرتجعة فى نمط من المواجهة (CFB) الواثق، والتغذية المرتجعة فى نمط مواجهة؛ وتدريس (ED) المعلومات التى تتعلق بالأفيون من خلال جلسة تمتد لمدة ساعة بالإضافة إلى متابعة لاحقة لمدة ١٥ دقيقة؛ مجموعة العلاج السلوكى (GBT) وهى عبارة عن برنامج للرقابة والتحكم فى الوزن يمتد لمدة ١٦ أسبوعا؛ مجموعة التدخل (I)؛ رسالة إعلامية (IL) بشأن مخاطر الشرب خلال فترة الحمل؛ النشرات الإعلامية (IP) والعلاج بالقراءة؛ عيادة الميثادون (MT) للعلاج النمطى؛ قائمة بالموارد (RL) (على سبيل المثال وكالات العلاج ومراكز الترفيه)؛ الوقاية من الانتكاس (RP) وهو عبارة عن جلسات فردية (Marlatt & Gordon, 1985)؛ مجموعات دعم الوقاية من الانتكاس (RPSG) (Stephens et al., 1994)؛ الحد من المخاطر (RR) وهو تدخل يركز على التسلسل الهرمى لممارسات أكثر أمنا للحقن؛ علاج إدمان الكحول من خلال الإقامة (RT)؛ تقديم مشورة وجيزة قائمة على المهارات (SBC)؛ التدخل الغذائى القياسى (SD)؛ المقابلة النمطية قبل الدخول فى العلاج ووصف برنامج

المستشفى (SI)؛ العلاج النمطى لمرضى العيادة الخارجية (SO)؛ العلاج النفسى لمرضى العيادة الداخلية (SP) (تستمر لمدة تصل فى المتوسط الى ١٤ يومًا)؛ علاج تيسيرى يشتمل على ١٢ خطوة (TSF) (١٢ جلسة)؛ قائمة الانتظار (WL)؛ AS و MIHIV راجع نوع التدخل للحصول على التعريفات الخاصة بها).

تدريب المعالج: تبنى المقابلات الدافعيه (AMI)؛ المقابلات الدافعية (MI)؛ BM وMET (راجع نوع التدخل للتعرف على تعريف هذه الرموز)؛ GBT و RR و TSF (انظر مجموعة المقارنة للاطلاع على تعريف لهذه الرموز).

مراقبة جودة التدخل: تسجيل صوتى للجلسات لأغراض مراقبة الجودة؛ محتوى الجلسه مشفرة من خلال مقيمين مستقلين (COD)؛ تقييم العميل للجلسات (CR)؛ التدخل من خلال كتيبات التدريب (MAN)؛ مراقبة المعالج من قبل نظرائه/المشرفين (OBS)؛ تقييم الجلسات بصفة روتينيه (RS)؛ الإشراف المستمر المقدم للمعالج (SUP)؛ تسجيل مرئى بالفيديو للجلسات لأغراض مراقبة الجودة (VID).

نوع القياس/ هدفه: المشاكل الناجمة عن تعاطى الكحول (ARP)؛ قياس سمة العميل (ATI)؛ القياسات السلوكية (BEH)؛ ضغط الدم (BP)؛ مجموعة التدخل (I)؛ المشاكل ذات الصلة بتعاطى الماريجوانا (MRP)؛ المشاكل المتعلقة بتعاطى الأفيون (ORP)؛ القياسات النفسية (PHY)؛ قياسات العملية (PRO)؛ قياسات الاستعداد للتغيير (RC).

هل تنجح مقابلات الدافعية المعدلة؟ مراجعة كيفية للنتائج

مع أننا لخصنا توًا منحى أكثر توجهًا للكمية لتقييم فعالية التجارب الإكلينيكية لمقابلات الدافعية المعدلة، من المفيد أيضًا النظر فى هذه الدراسات من منظور كيفى، وبذلك يمكن إبراز المواضيع المشتركة واستكشاف أبرز الدراسات فى العمق من أجل إعطاء القارئ شعورًا واضحًا بالحالة الراهنة للبحوث الإكلينيكية المتعلقة بمقابلة الدافعية.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج مشكلات تعاطى الكحول

تناول ما يقرب من نصف الدراسات الواردة فى هذه المراجعة (١١ من ٢٦ دراسة) مجال مشكلات الكحول. استخدم اثنتان منها (Bien et al., 1993; Brown & Miller, 993) مقابلات الدافعية المعدلة كتمهيد لمزيد من العلاج الإكلينيكى، بينما استخدمت التسع دراسات الأخرى مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج مستقل قائم بذاته.

مقابلات الدافعية المعدلة كتمهيد للعلاج

بحث ميلر Miller (١٩٩٣) فعالية مقابلات الدافعية المعدلة كتجهيز للإقامة الداخلية من أجل العلاج من إدمان الكحول. خضعت مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة لجلسة تقييمية إضافية (بعد خط الأساس فى البحث)، تلتها جلسة ثانية.

جدول (١٦-٢أ) : ملخص دليل كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة في علاج مشكلات الكحول

الدراسة	درجات الجودة المنهجية	درجات منطقية النتائج	درجة تراكمية للدليل
١*	١٠	+ ٢	- ٢٠
٢*	١٣	+ ٢	+ ٢٦
٣	٩	+ ٢	+ ١٨
٤	١٣	+ ٢	+ ٢٦
٥	١٢	+ ٢	+ ٢٤
٦*	٨	- ٢	- ١٦
٧*	١٤	+ ٢	+ ٢٨
٨	١٣	+ ٢	+ ٢٦
٩*	٩	+ ٢	+ ١٨
١٠*	٩	+ ٢	+ ١٨
١١أ*	١٧	+ ١	+ ١٧
١١ب*	١٧	+ ١	+ ١٧
إجمالي درجة تراكمية للدليل			+ ٢٢٢

جدول (١٦-٢ب) : ملخص دليل كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج التدخين وإدمان المخدرات والسلوكيات الخطرة المرتبطة بمرض فيروس الإيدز والالتزام بالعلاج النفسى

الدراسة	درجات الجودة المنهجية	درجات منطقية النتائج	درجة تراكمية للدليل
١٢	١٠	- ٢	- ٢٠
١٣*	١٠	+ ١	+ ١٠
١٤	٩	- ١	- ٩
١٥	٦	+ ١	+ ٦
١٦	١٠	- ١	- ١٠
١٧	٩	+ ١	+ ٩
١٨	١٤	+ ٢	+ ٢٨
١٩	١٢	- ٢	- ٢٤
٢٠	١٠	- ٢	- ٢٠
٢١	٩	+ ٢	+ ١٨
إجمالى درجة تراكمية للدليل			- ١٢

تلقى خلالها كل فرد مردوداً، بأسلوب مبنى على المواجدة، عن نتائج التقييم التى حصل عليه. تضمن القياس استبيانات قبل العلاج وبعد الخروج من العيادة (على سبيل المثال، استخدام بطارية لتناول الكحول [AUI]؛ Horn, Wanberg, & Foster, 1990؛ وبروفيل مختصر لمدمن الكحول [BDP]، وبروفيل متابعة له [FDP]; (Miller & Marlatt, 1987). كما هو الحال فى عديد من الدراسات التى تمت مراجعتها هنا،

تم تحويل تناول الكحول إلى وحدات محتوى الإيثانول القياسية (SEC)، التى تعادل كل وحدة منها نصف أوقية من الإيثانول (Miller, Heather, & Hall, 1991)، مع استخدام تركيز الكحول فى الدم (BAC) المتوقع وصـــولها إلى الذروة فى الإجازة الأسبوعية، وفقا للتقارير الذاتية عن مستويات الاستهلاك من خلال برنامج كمبيوتر (Mark- ham, Miller, & Archiniega, 1993) بوصفها انعكاساً لمستويات المادة المسكرة.

جدول (١٦-٢ج) ملخص دليل كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى الحمية الغذائية وممارسة الرياضة والسلوكيات الصحية

الدراسة	درجات الجودة المنهجية	درجات منطقية النتائج	درجة تراكمية للدليل
٢٢	١٠	٢ –	٢٠ –
H ٢٣	٨	٢ +	١٦ +
L ٢٣	٨	٢ +	١٦ +
H ٢٤	١١	١ +	١١ +
L ٢٤	١١	١ +	١١ +
٢٥	١٠	٢ +	٢٠ +
٢٦	٨	١ +	٨ +
إجمالى درجة تراكمية للدليل			٦٢ +

جدول (١٦-٢ج) ملخص دليل كفاءة طرق معينة
لعلاج مشكلات تعاطى الكحول

نموذج العلاج	متوسط درجات الجودة المنهجية	عدد الدراسات إيجابية الدرجة المنطقية للنتائج	عدد الدراسات سلبية درجات منطقية النتائج	إجمالى درجة تراكمية للدليل
مقابلات الدافعية المعدلة	١١,٣٣	١١	١	+ ٢٢٢
التدريب على مهارات اجتماعية A	١٠,٩٤	١١	٦	+ ١٢٠
منحى الدعم المجتمعى A	١٣,٢٥	٤	٠	+ ٨٠
مناهض للدواء AGPA	١٢,٠٠	٣	٠	+ ٧٢
العلاج المعرفى A	١٠,٢٦	٣	٤	+ ٢٢
دليل المساعدة الذاتية A	١٢,٠٠	٢	٣	+ ١
الدواء الوهمى A	١٣,٠٠	١	٢	- ٢٧

ملاحظات: بالنسبة للجداول من (١٦-٢أ) إلى (١٦-٢ د) انظر المراجع فى نهاية هذا الفصل قائمة من الدراسات فى ترتيب رقمى. الدراستان ١١أ و١١ب هما لعينتين مختلفتين ضمن دراسة المشروع MATCH (لمرضى العيادة الخارجية وما بعد الرعاية على التوالى)؛ A: مقتبسة من دراسة (Miller et al., 1998؛ CES): إجمالى الدرجات التراكمية لدليل الكفاءة؛ H: مرتفع؛ AMI: مجموعة التدخل فى الدراسة؛ L: منخفض؛ MQS: درجات الجودة المنهجية؛ OLS: درجات منطقية النتائج؛ الدراسات التى عليها العلامة (*) تضم أحد مؤسسى مقابلات الدافعية (ميلر Miller أو رولنيك Rollnick)

ضمن فريق البحث؛ تساهم دراستان فى هذا المجال (المراجع ٢٣ و٢٤) بمقدار غير متجانس أو غير متكافئ من نقاط الدليل التراكمى لإجمالى درجة تراكمية الدليل، حيث استخدمت كلا الدراستين مجموعتين متميزتين منفصلتين لتدخل مقابلات الدافعية المعدلة (مرتفع ومنخفض)، وتم ترميزهما بصفة منفصلة كل عن الآخر لتأثير العلاج (درجات منطقية النتائج).

بعد ثلاثة أشهر من الخروج من المستشفى، أظهرت العينة، بصفة عامة، تحسنًا كبيرًا على كل من مقاييس تعاطى الكحول. وأظهر عملاء مقابلات الدافعية المعدلة تحسنًا بصورة واضحة فى المستوى القياسى للإيثانول (ولكن ليس مستويات تركيز الكحول فى الدم) مقارنة بالمجموعات الضابطة التى لم تخضع لأى علاج. وتوقف نحو ٥٧٪ من عملاء مقابلات الدافعية المعدلة مقابل ٢٩٪ من المجموعات الضابطة عن الشرب لمدة ثلاثة أشهر بعد الخروج من المستشفى.

أجرى بين Bien وزملاؤه (١٩٩٣) مقارنة بين جلستين من جلسات مقابلات الدافعية المعدلة (تضمنتا تقييمًا مفصلاً وتوفيراً للمردود كما فى (Brown and Miller, 1993)) من جهة وبين مجموعة خضعت لعلاج بديل اشتمل على توفير لمردود مختصر فقط جنباً إلى جنب مع معلومات حول برنامج إدارة شئون المحاربين القدامى لعلاج إدمان الكحول. تلقى كل العملاء بعد ذلك العلاج القياسى الذى يقدم لمرضى العيادة الخارجية (علاج جماعى مبنى على أساس نموذج الاثنتى عشرة خطوة) الذى تقدمه إدارة المحاربين القدامى. فى المتابعة التى تمت بعد ثلاثة شهور، أبدت مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة انخفاضات كبيرة على متغير الشرب المركب، مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولكن هذه الفروق لم تعد واضحة عند المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر، ربما بسبب انتكاسة مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة فى ذات الوقت الذى تلحق فيه المجموعة الضابطة بالركب.

اشتملت عينة دراستى (Bien et al., 1993; Brown & Miller, 1993) عملاء ممن يعانون من إدمان حاد إكلينيكيًا للكحول، وقدمت الدراستان دليلاً داعمًا على كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج تمهيدى، وذلك من خلال المتابعة التى تمت بعد ثلاثة

أشهر. ومن المثير للاهتمام أن برنامج مقابلات الدافعية المعدلة أسفر عن نتائج إيجابية فى كلا الدراستين، على الرغم من استخدامه كتمهيد لمنحى علاجى أكثر مواجهة وتحدياً إلى حد كبير.

مجموعات تتلقى مقابلات الدافعية المعدلة وحدها كعلاج مقابل مجموعات ضابطة لا تتلقى أى علاج

الحد الأدنى المطلوب لإثبات كفاءة العلاج هو إظهار أن العلاج أكثر كفاءة من مرور الزمن وقياسات رد الفعل؛ ففى مجال مشكلات الكحول، نشرت ست دراسات من هذا القبيل باستخدام مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج مستقل قائم بذاته، بالمقارنة بمجموعات ضابطة لم تخضع لأى علاج (Borsari & Carey, 2000; Gentilello et al., 1999; Heather, Rollnick, Bell, & Richmond, 1996; Marlatt et al., 1998; Miller et al., 1988; Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). اشتملت عينة البحوث على تشكيلة متنوعة من أفراد يعانون مخاطر مرتفعة (Marlatt et al., 1998)، وأفراد يشربون بإفراط (Borsari & Carey, 2000)، وطلاب جامعات وعينات مجتمعية تم جمعهم للحصول على مردود والوقوف على آرائهم فى الشرب (Miller et al., 1988, 1993)، ومرضى فى مستشفى عام يعانون من مشكلات الشرب (Heather et al., 1996)، ومرضى من غرفة الطوارئ بالمستشفى بسبب حوادث ناجمة عن تعاطى الكحول (Gentilello et al.,1999).

أظهرت خمس من هذه الدراسات (جميعها ما عدا Miller et al., 1988) فروقا واضحة بين مجموعة العلاج من خلال مقابلات الدافعية المعدلة والمجموعة الضابطة فيما يتعلق بمشكلة شرب الكحول فى المتابعة على المدى القصير (ستة أسابيع) وكذلك على المدى الأطول (ثلاث سنوات). علاوة على ذلك، بينما لم يشر ميلر وآخرون (Miller et al., 1988) إلى أى فروق واضحة بين مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة والمجموعة الضابطة عند المتابعة بعد ستة أسابيع، أظهر أفراد مجموعة مقابلات

الدافعية المعدلة انخفاضات واضحة فيما بينهم فى شرب الكحول (المستوى القياسى للإيثانول) ومستويات الذروة للكحول (مستويات تركيز الكحول فى الدم) خلال الثمانية عشر شهراً من المتابعة. تدعم هذه النتائج، مع بعض الاستثناءات، كفاءة مقابلات الدافعية المعدل كعلاج مستقل لمشكلات الكحول. سوف نسلط الضوء أدناه على اثنتين من هذه الدراسات الجديرة بالذكر بوجه خاص.

لتقييم كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى الحد من العواقب الضارة الناجمة عن الإفراط فى شرب الخمر بين طلاب الجامعات، أجرى مارلت وزملاؤه (١٩٩٨) دراسة على ٥٠٦ من طلاب الجامعة المبتدئين فى شرب الخمور وذوى مخاطر مرتفعة، وتم توزيعهم عشوائيًا إما على مجموعة تتلقى علاج مقابلات الدافعية المعدلة أو المجموعة الضابطة التى لا تتلقى أى علاج. قام المؤلفان بتقديم نسخة مختصرة من مقابلات الدافعية المعدلة وقاما بإعدادها خصيصا لطلبة الجامعة، اشتملت على جلسة واحدة ضمت مردوداً تتعلق بشرب الخمور، وقد اتخذت نمط مقابلة الدافعية فى ذات الوقت كجلسة تعليمية عن الكحول وتأثيره. وتم تقديم جلسة مقابلات الدافعية المعدلة أخرى لهم – سواء عبر الهاتف أو وجها لوجه – تضم مردوداً بعد عام.

تم أخذ كل القياسات الموحدة لمعدلات الشرب والاعتماد على الكحول والمشكلات المرتبطة بالكحول، بما فى ذلك بيانات من الآخرين المهمين فى حياة العميل والمهتمين بأمره. بينما أظهرت كل من المجموعة التى تلقت مقابلات الدافعية المعدلة والمجموعة الضابطة التى لم تتلق أى علاج تحسنًا عند المتابعة التى تمت بعد عامين، أظهرت المجموعة التى تلقت علاج مقابلات الدافعية المعدلة تحسنًا أكبر بكثير فى كل من معدل الشرب والعواقب الضارة، وقد استمر هذا التحسن حتى تاريخ المتابعة التالى بعد أربع سنوات (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight, & Marlatt, 2001).

درس جنتيلو Gentilello وزملاؤه (١٩٩٩) تأثير مقابلات الدافعية المعدلة على ٧٦٢ من مرضى مركز الصدمات الذين أسفر فحصهم عن معاناتهم من مشكلات الإفراط فى تناول الكحول، وذلك باستخدام مقاييس المصل واختبار ميشيجان المختصر للكشف

عن إدمان الكحول (SMAST; Selzer, Vinokur, & Van Rooijen, 1975). تكون برنامج التدخل من جلسة واحدة من المردود تمتد لنصف ساعة يتم تقديمها فى شكل مقابلة دافعية، بالإضافة إلى رسالة مكتوبة بخط اليد ترسل بالبريد بعد شهر من هذه الجلسة المختصرة. استخدمت الدراسة مقياسين للنتائج الرئيسية: استهلاك الكحول ومعدل تكرار الصدمة بعد الخروج من المستشفى.

عند نقطة المتابعة الأولى التى تمت بعد ستة أشهر، انخفض تناول الكحول بشكل كبير فى كلا المجموعتين، ولم يكن هناك فروق كبيرة بين المجموعتين. عند نقطة المتابعة الثانية التى تمت بعد اثنى عشر شهراً، أظهرت مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة تناول كمية من الكحول أسبوعيًا أقل بكثير من المجموعة الضابطة. على الرغم من ذلك، يجب، عند تفسير هذه النتائج، الأخذ فى الاعتبار المعدل المرتفع لخروج أفراد العينات من الدراسات (إلى حد كبير بسبب فقدهم فى مراحل المتابعة) من تقييم استهلاك الكحول (ما يقرب من ٥٠٪ عند نقطة المتابعة بعد اثنى عشر شهراً).

تم قياس انتكاسة الصدمة، باستخدام قاعدة بيانات على مستوى الولاية لسجلات قسم الطوارئ، للكشف عن عودة المرضى الذين شملتهم الدراسة إلى المستشفى بسبب إصابة جديدة. عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ثلاث سنوات، كان هناك انخفاض بنسبة ٤٨٪ فى معدل الدخول للمستشفى بسبب إصابات جديدة لدى مجموعة الدراسة التى تلقت علاج مقابلات الدافعية المعدلة مقارنة بالمجموعة الضابطة التى لم تتلق أى علاج، مع أن هذه النتائج لم ترق فى أهميتها لأن تكون ذات دلالة إحصائية.

هذه الدراسة هى الأولى التى تتناول استخدام مقابلات الدافعية المعدلة المختصرة فى مركز لعلاج الصدمات، مما يشير إلى المكاسب التى يمكن أن تقدمها مقابلات الدافعية المعدلة فى إطار محتمل قابل للتعليم بعد الإصابة. سجلت مجموعة العلاج بمقابلات الدافعية المعدلة انخفاضًا فى استهلاك الكحول بشكل كبير، وربما الأهم من ذلك أن مقابلات الدافعية المعدلة أظهرت قدرتها على التأثير الدائم (ثلاث سنوات) على متغير للنتيجة دال اجتماعيًا – الانتكاسة بعودة الصدمة. بينما كان مقياس الانتكاسة بسيط وغير دقيق، بمعنى أن إعادة الدخول فى مستشفى الولاية لا يعتبر

بالضرورة إصابة ناجمة عن تعاطى الكحول، إلا أنه مقياس موضوعى وصالح بيئيًا، مما يشير إلى أن إدراج جلسة مقابلة دافعية معدلة واحدة فى مراكز الصدمات قد يكون له أثر كبير على صحة هؤلاء المرضى على المدى الطويل وعلى احتمالات إصابتهم فى المستقبل.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج مستقل بذاته مقارنةً بعلاجات أخرى بديلة

استخدمت خمس تجارب إكلينيكية مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج مستقل لمشكلات الكحول، وبالمقارنة مع أنواع أخرى من العلاجات. تباينت المصداقية الواضحة لهذه التدخلات البديلة بشكل كبير، حيث كانت هذه البدائل ضعيفة فى دراستين، تتكون إما من مقابلة لتقديم معلومات لمدة خمس دقائق من خلال إعطاء المشاركين نشرات وقائمة بأماكن تقديم الخدمات المتعلقة بالكحول (Monti, Colby, Barnett, Spirito, & Rohsenow, 1999)، أو رسالة قصيرة بها معلومات تصف مخاطر الشرب فى أثناء الحمل (Handmaker, Miller, & Manicke, 1999). فى ثلاث دراسات أخرى (Heather et al., 1996; Miller et al., 1993)، مجموعة بحوث مشروع ماتش (MATCH (1997b)، تساوت، على الأقل، العلاجات البديلة فى مدتها مع تدخلات مقابلات الدافعية المعدلة المختبرة. استخدمت إحدى هذه الدراسات (Miller et al., 1993) جلسة مواجهة من المردود، لنفس المدة، بصفتها مقابلات دافعية معدلة، بينما قامت دراسة أخرى (Heather et al., 1996) بمقارنة جلسة واحدة من مقابلات الدافعية المعدلة مع جلسة واحدة من المهارات المبنية على المنحى الإرشادى النفسى، وكانت أقوى المقارنات بين مقابلات الدافعية المعدلة والعلاجات البديلة تلك التى تمت فى مشروع (MATCH (1997b)، حيث ضمت مقارنة أربع جلسات من العلاج من خلال التعزيز الدافعى (MET; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992) مع اثنين من العلاجات الأخرى المدعمة تجريبيًا: أولاهما العلاج من خلال المهارات المعرفية السلوكية من اثنتى عشرة جلسة (CBT; Kadden et al., 1992)، وثانيا العلاج التيسيرى المكون من اثنتى عشرة خطوة (TSF; Nowinski, Baker, & Carroll, 1992).

ليس من المستغرب أن تسفر الدراستان اللتان قارنتا بين مقابلات الدافعية المعدلة وبين علاجات مختصرة بديلة أخرى تبدو ذات مصداقية أقل فى بعض النتائج الإيجابية لصالح مقابلات الدافعية المعدلة. وقد وجد مونتى Monti وزملاؤه (١٩٩٩) أنه بالنسبة للمقارنة العلاجية، أدت جلسة واحدة من مقابلات الدافعية المعدلة، امتدت لمدة من ٣٥ إلى ٤٠ دقيقة فى غرفة الطوارئ بعد حادث متعلق بإدمان الكحول، إلى انخفاض كبير فى عديد من المشكلات الرئيسية المتعلقة بالكحول، مثل قيادة السيارة تحت تأثير الكحول وانتهاكات الانتقال والإصابات الناجمة عن تعاطى الكحول فى نقطة المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر من تلك الجلسة التى تمت فى غرفة الطوارئ الأولية. ومع ذلك، لم تجد هذه الدراسة نفسها أى فروق كبيرة بين المجموعات العلاجية المختلفة فى النتائج الفعلية للعلاج المتمثلة فى تعاطى الكحول عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر. درس هاندميكر Handmaker وزملاؤه (١٩٩٩) السيدات اللاتى يتناولن الكحول فى أثناء الحمل (من معتدلة إلى مفرطة)، وتوصل إلى أنه من بين النساء ذوات المستويات الأعلى من الكحول، أدت مقابلات الدافعية المعدلة إلى خفض مستويات تركيز الكحول فى الدم بشكل ملحوظ عند نقطة المتابعة التى تمت بعد شهرين، وذلك مقارنة برسالة بها معلومات، ولكن لم يكن هناك فروق كبيرة بين المجموعات العلاجية فى المستوى القياسى للإيثانول ولا إجمالى عدد الأيام التى لم تتناول الكحول فيها. بصفة عامة، يبدو أن هناك دعمًا تجريبيًا لكفاءة مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج مستقل قائم بذاته، إذا ما قورن إما بمجموعات ضابطة لم تتلق أى علاج (كما فى الفقرة السابقة) أومقارنةً ببدائل علاجية ضعيفة.

عندما تمت مقارنة مقابلات الدافعية المعدلة بعلاجات بديلة ذات جدوى أكبر، كان أداء مقابلات الدافعية المعدلة، مع ذلك، على قدم المساواة معها ولكنه لم يكن أفضل. وقد فشلت دراسة أجراها ميلر Miller وزملاؤه (١٩٩٣) فى الكشف عن أى فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى التدخلين محل الفحص عند أى مرحلة من مراحل المتابعة، ويقصد بهما تقديم مردود إما من خلال مقابلات دافعية أو أسلوب مواجهة. كذلك لم يجد هيثر Heather وزملاؤه (١٩٩٦) أى فروق دالة فى النتائج بين المشاركين من

أجنحة المستشفى العام الذين تلقوا مقابلات الدافعية المعدلة وأولئك الذين تلقوا قدراً مماثلاً من الإرشاد والإرشاد القائم على المهارات. ولم يجد مشروع (MATCH (1997b، الذى يعتبر أكبر دراسة أجريت حتى الآن على نتائج العلاج النفسى، أى فروق كبيرة بين الثلاثة علاجات التى تم اختبارها.

نظرا لضخامة حجم واتساع نطاق وقوة تصميم مشروع (MATCH (1997b، سيتم وصفه بمزيد من التفصيل هنا. يتكون المشروع فى الواقع من عينتين منفصلتين، تضم العينة الأولى ٩٥٢ من مرضى خمس عيادات خارجية لعلاج تعاطى المخدرات، بينما تضم العينة الثانية ٧٧٤ ممن يتلقون الرعاية اللاحقة للعلاج التى تلت فترة من العلاج فى العيادة الداخلية أو العلاج المكثف فى أثناء النهار فقط وذلك كمتابعة بعد فترة إقامة بالمستشفى. كان الهدف العام من كل دراسة هو تقرير ما إذا كانت المجموعات الفرعية من عملاء إدمان المخدرات سيستجيبون بطرق مختلفة للثلاثة أنواع من العلاج التى تسترشد كل منها بالدليل والكتيبات الخاصة بها وتلتزم بالخصائص الفردية المميزة لها عن طريقتى العلاج الأخرى.

تمثل مقابلات الدافعية المعدلة فى هذه الدراسة علاجًا لتعزيز الدافعية (MET; Miller et al., 1992)[1]، وهو يشمل تقديم أربع جلسات فى الأسابيع الأول والثانى والسادس والثانى عشر. تتألف الجلستان الأولى والثانية من فحص مدمن الكحول (DCU; Miller et al., 1988)[2] وتجمع بين الأسلوب الإكلينيكى لمقابلات الدافعية والردود الشخصى المنظم لنتائج تقييم العميل، مما يؤدى إلى وضع خطة للتغيير خاصة بكل عميل. وكانت الدورتان الثالثة والرابعة بمثابة زيارات لمراجعة التقدم المحرز وتجديد الدافع للتغيير وتنقيح خطة التغيير عند الضرورة. يرى العلاج من خلال المهارات المعرفية السلوكية (CBT; Kadden et al., 1992)[3]، الذى يرتكز على أساس

---

١ Motivational Enhancement Therapy.

٢ Drinker,s Check-Up.

٣ Cognitive Behavioral Therapy.

نظرية التعلم الاجتماعى، الإفراط فى الشرب بوصفه مشكلة سلوكية تتعلق بصعوبات رئيسية أخرى فى حياة العميل، ويركز على بناء المهارات اللازمة لزيادة القدرة على التكيف مع مواجهة المواقف التى يحتمل أن تعجل الانتكاسة. ويرتكز "علاج التيسيرى بالاثنتى عشرة خطوة (TSF; Nowinski et al., 1992)[1] المبنى على مفهوم الكحوليين المجهولين على أساس النظر لإدمان الكحول كمرض روحى وطبى، ويحاول تعزيز الامتناع عن تعاطى الكحول من خلال تعزيز قبول هذا المرض بالتنسيق مع الرغبة فى العمل للشفاء من خلال الاثنتى عشرة خطوة.

وقد تم اختيار عشر من خصائص العميل كمتغيرات أساسية للتطابق، بما فيها الاستعداد الدافعى للتغيير (مقيسًا بـ URICA: مقياس جامعة جزيرة رودا لتقييم التغيير DiClemente & Hughes, 1990) والدعم الاجتماعى لشرب الكحوليات فى مقابل الامتناع عن الشرب (مقيسًا بمقياس الأشخاص المهمين فى حياة العميل وأداء الأنشطة؛ Longabaugh, Wirtz, & Clifford, 1995)، وكذلك المتغيرات الثانوية للتطابق، مثل الاستعداد للتغيير (مقيسًا بمقياس الاستعداد لمراحل التغيير والحرص على العلاج Miller, 1992 ;[SOCRATES])[2] والغضب (مقيسًا بمقياس الغضب؛ Spielberger, 1988).

المقياسان الأساسيان للنتائج هما نسبة أيام التوقف عن الشرب ومتوسط عدد مرات الشرب لكل يوم شرب (DDD)[3]، مستمدان من النموذج ٩٠ (Miller, 1996a)، وهو أداة تقييم قائمة على أساس المقابلة، ويستخدم كلا من منهج خط الزمن (Sobell & Sobell, 1992) وإجراءات تقييم نمط الشرب من الصورة الشاملة لمدمن الكحول (Miller & Marlatt, 1984). وقد تم استخدام المعلومات الواردة من المقربين للمرضى، وكذلك نتائج الاختبارات والفحوص المختبرة لرصد التغييرات فى استهلاك

---

١ Twelf Steps Facilitation.

٢ SOCRTES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale.

٣ DDD: number of Drinks per Drinking Day.

العميل للكحول ولتأييد مقاييس الشرب القائمة على التقرير الذاتي. كان معدل التسرب (خروج أفراد العينة من الدراسة قبل انتهائها) منخفضة فى كلا عينتى الدراسة، مع بيانات تفيد بجمع البيانات عند نقاط المتابعة من ٨٥٪ من العملاء.

قامت هذه الدراسة بضمان مراعاة النزاهة والكفاءة: حيث تم تدريب جميع المعالجين والميسرين بعناية كما تمت مراقبة جلسات العلاج بالفيديو وتقييم سلوكيات المعالجين من قبل مقيمين مستقلين لم يكونوا على علم بمهام العلاج. تمكن المؤلفون، من خلال ذلك، من التأكد من التزام المعالجين الشديد بمبادئ ودستور كل علاج وأن التمييز بين العلاجات كان مرتفعًا، والحد الأدنى من التعرض لعلاجات أخرى خارج العلاجات محل بحث الدراسة، وأخيرًا التأكد من أن العلاجات كانت قابلة للمقارنة فيما يتعلق بالأبعاد غير المحددة مثل التحالفات العاملة ومهارة المعالج.

فى عمليات المتابعة التى أجريت بعد الفترة ما بين ثلاثة أشهر إلى ثلاث سنوات بعد الجلسة الأولى من العلاج، أظهر المشاركون فى جميع مجموعات العلاج تحسنًا كبيرًا فى جميع قياسات الشرب، مع عدم وجود أى فروق ثابتة بين المجموعات. كان هناك تأييد ضعيف لفرضية أنه سيتم تعزيز كفاءة العلاج من خلال توزيع العملاء على مجموعات العلاج، التى تختلف فيما بينها فى طرق العلاج، على أساس سمات معينة فيهم تتناسب مع طرق العلاج. سنناقش هذه المطابقة التى أسفر عنها مشروع ماتش MATCH بالتفصيل لاحقا فى هذا الفصل.

استخدم مشروع ماتش مجموعة شاملة من مقاييس النتائج لتقييم الاكتئاب وعواقب الشرب والنسبة المئوية لأيام العمل المأجور ومتغيرات أخرى للحياة التى قد تتأثر باستهلاك الكحول. أظهرت جميع هذه المقاييس تحسنًا فى كلا العينتين (العيادات الخارجية والرعاية اللاحقة)، ولم تكن هناك فروق كبيرة بين مجموعات العلاج. فعند نقطة المتابعة التى تمت بعد خمسة عشر شهرًا، أظهر ٤٣٪ من عملاء عينة الرعاية اللاحقة تحسنًا كبيرًا (أى انخفاض فى كل من الشرب والمشكلات ذات الصلة)، بينما حقق ٥٢٪ من عينة مرضى العيادة الخارجية هذا القدر من التحسن.

فى كلتا العينتين، لم يظهر حوالى من ٣٥٪ إلى ٤٠٪ من العملاء أى تحسن ملحوظ، وفى عينة مرضى العيادة الخارجية التى خضعت لعلاج تعزيز الدافعية والعلاج المعرفى السلوكى والعلاج المعرفى السلوكى فقط؛ توقف ٣٠٪ من العملاء عن شرب الكحول عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ثلاث سنوات، فى حين أن الباقى توقفوا عن الشرب لمدة ثلثى المدة التى امتدت إلى ٩٠ يومًا قبل مقابلة المتابعة التى تمت بعد ثلاث سنوات.

لم يشتمل مشروع ماتش على مجموعة ضابطة لا تخضع للعلاج، حيث إن هدفه كان بحث تناسب العلاج وليس اختبار فعاليته النسبية أو بالمقارنة مع علاجات أخرى. على الرغم من أن هذا يحد من الاستنتاجات حول مدى جودة العلاجات على أساس مطلق، يبقى أن نذكر أن مقابلات الدافعية المعدلة أسفرت عن نتائج إيجابية فى علاج مشكلات الشرب والمتغيرات ذات الصلة به مع عينة تعانى من هذه المشكلات الحادة إكلينيكيًا. علاوة على ذلك، كانت نتائج علاج مقابلات الدافعية المعدلة فى كفاءة كل من العلاج المعرفى السلوكى وعلاج الاثنتى عشرة خطوة، وهما منحيان مدعومان إمبيريقيًا وإن كانا أطول كثيرًا.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج مشكلات الكحول: مناقشة

هناك سبب يدعو للتفاؤل حول قيمة مقابلات الدافعية المعدلة فى معالجة مشكلات الكحول. بصفة عامة، أسفرت مقابلات الدافعية المعدلة عن تأثيرات ملحوظة فى هذا المجال الخاص بالتدخلات الصغيرة نسبيًا (فى كثير من الأحيان ليس أكثر من جلسة أو اثنتين). علاوة على ذلك، نرى أحيانا النتائج الإيجابية لتدخلات مقابلات الدافعية المعدلة بعد ستة أسابيع من العلاج (على سبيل المثال، Borsari & Carey, 2000; Miller et al., 1993)، ويمكن مواصلة المتابعة لمدة تصل إلى أربع سنوات (Marlatt et al., 1998).

علاوة على ذلك، كان معظم هذه الدراسات دقيقًا منهجيًا؛ استخدمت جميع الدراسات تقريبًا (باستثناء Brown & Miller, 1993, and Heather et al., 1996) العشوائية الحقيقية كوسيلة للمساواة بين مجموعات العملاء قبل العلاج، وكانت المقاييس المستقلة مركزة ودقيقة، استهدفت قياس النواحي المتعلقة بالنتائج (أى استهلاك الكحول) بصفة مباشرة، بينما استخدمت بعض الدراسات أيضًا مقاييس للنتائج الثانوية للسلوكيات المساعدة على الشرب والعواقب ذات الصلة بالشرب. فى جميع هذه الدراسات باستثناء (Monti and colleagues, 1999; Borsari and Carey, 2000; and Gentilello and col- leagues, 1999)، تم ضمان كل المتغيرات التابعة الرئيسية من آخرين مهمين للعملاء حتى يمكن تأييد التقارير الذاتية للعملاء بخصوص بيانات استهلاكهم للكحول، وبصفة عامة كان هناك ارتباط قوى بين تقارير المقربين للعملاء وتقارير العملاء الذاتية (على سبيل المثال، تجاوز معامل الارتباط ٠,٩٠ فى دراسة Brown & Miller, 1993). علاوة على ذلك، معظم المقاييس المستخدمة فى قياس استهلاك الكحول فى هذه الدراسات مستمدة من استبيانات التقرير الذاتى التى أثبتت موثوقية وصحة جيدة فى بحوث سابقة (على سبيل المثال، Form 90, Tonigan et al., 1997; AUI, Skinner & Allen, 1983)، فضلاً عن الاتساق مع مؤشرات الاستهلاك البيولوجى المشتقة من المعامل (على سبيل المثال، O'Farrell & Maisto, 1987; Project MATCH, 1997b). وأخيرًا، ولكن مع استثناء واحد (Gentilello et al., 1999)، كان هناك قليل من التسرب لعينات الدراسة (أى عدم استكمالهم للدراسات حتى النهاية).

بالإضافة إلى كونه جانبًا صحيحًا من التصميم، يشكل القياس القائم على سؤال المقربين للعميل عنصرًا أساسيًا فى دراسات مقابلات الدافعية المعدلة هذه: إذا كان الآخرون المهمون يلاحظون تغيير العميل فى تعاطى الكحول، فيرجح هذا أن يكون هناك تغيير مهم وذو معنى. علاوة على ذلك، تعززت الأهمية الإكلينيكية من خلال تكرار النتائج التى تربط انخفاض تناول الكحول بتغييرات سلوكية رئيسية أخرى مثل خفض عدد الزيارات للمستشفى بسبب الصدمة الناجمة عن تعاطى الكحول (Gentilello et al., 1999; Monti et al., 1999)، وخفض مخالفات الانتقال (Monti et al., 1999)،

وتغيب أقل عن العمل (مشروع MATCH، ١٩٩٧b)، وتحسن الأداء الاجتماعي (Marlatt et al., 1998). تبين هذه النتائج أن مقابلات الدافعية المعدلة تعد تدخلا واعداً ذا تأثير واسع النطاق يمكنه أن يعجل من تغييرات حياتية واسعة النطاق فيما وراء المشكلة المستهدف حلها (Miller, Hedrick, & Taylor, 1983).

إذا ما ألقينا نظرة شاملة لهذه الدراسات، نجد أنها تقدم دليلا للفائدة الإكلينيكية لمقابلات الدافعية المعدلة فى علاج مشكلات مدمنى الخمور فى مجموعة من السياقات والبيئات – المستشفيات (Brown & Miller, 1993; Gentilello et al., 1999; Heather et al., 1996; Monti et al., 1999)، والعيادات الخارجية (Handmaker et al., 1999; Miller et al., 1993; Project MATCH, 1997b)، وحتى الحرم الجامعى (Borsari Borsari & Carey, 2000; Marlatt et al., 1998)، وكذلك مع الرجال والنساء. بينما تختلف معايير الاختيار عبر الدراسات، استخدم معظمها مشاركين لديهم مشكلات خطيرة فى الحياة تتعلق بتعاطى الكحول.

أحد أوجه القصور الرئيسية فى معظم هذه الدراسات وهو يستحق مزيداً من الدراسة أنه يتم تحديد المتغيرات التابعة بشكل واضح فى جميع الدراسات تقريباً، بينما تكون المتغيرات المستقلة المتمثلة فى علاجات مقابلات الدافعية المعدلة محل البحث تكون غامضة وغير دقيقة فى كثير من الأحيان، ويصعب التأكد من مصداقية العلاج، أو بسلامة ومصداقية تقديم العلاج (Kazdin, 1992) بسبب ندرة الكتيبات التى تتناول علاج مقابلات الدافعية المعدلة بشكل كافٍ. والغالبية العظمى من الدراسات، باستثناء مشروع ماتش(b1997) وبحث مارلت وزملائه (١٩٩٨)، تشير ببساطة إلى الطبعة الأولى من هذا الكتاب (Miller & Rollnick, 1991) بوصفه التدخل العلاجى بمقابلات الدافعية المعدلة قيد الدراسة. وعلى الرغم من ذلك وكما أشار مؤلفو هذا الكتاب، فإن تعلم مقابلات الدافعية لا يتأتى بمجرد القراءة حول هذا الموضوع (انظر الفصل الثالث عشر من هذا الكتاب).

علاوة على ذلك، نادراً ما قامت هذه الدراسات بتقييم تكامل العلاج، أو ما إذا كان يتم تنفيذ الإجراءات العلاجية كما هو مفترض (Kazdin, 1992). وفى معظم الحالات، لم يرد وصف إجراءات التدريب بعناية وبدقة، بينما غابت نهائيًا فى كثير من الدراسات قوائم فحص السلامة لقياس تنفيذ العلاج - بما فى ذلك تسجيل الفيديو والرقابة المستمرة وترميز السلوكيات الفعلية للمعالج (Brown & Miller, 1993; Gentilello et al., 1999; Handmaker et al., 1999; Miller et al., 1988). أخيراً، تم التلميح إلى قضية مصداقية العلاج (أى ما إذا كان المعالجون والعملاء يجدون التدخل قابلاً للتصديق) من حين لآخر فقط (على سبيل المثال، Bien et al., 1993)، ولم تتناولها أى دراسة بشكل منهجى أبداً. وهكذا، بينما يبدو أن جميع الدراسات المدرجة فى هذه المراجعة تحتوى على قدر وافر من مصداقية العلاج (أى العناصر الأربعة الأساسية لمقابلات الدافعية) نظرياً، من المستحيل التأكد مما إذا كانت تلك المبادئ تمت ترجمتها فى الحقيقة بدقة ونزاهة فى العلاج فى الممارسة الإكلينيكية.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى الإقلاع عن التدخين

حتى الآن، لم تنشر إلا اثنتان فقط من التجارب الإكلينيكية المضبوطة لإستخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى الإقلاع عن التدخين؛ حيث قارن (Colby and colleagues, 1998) تقديم ٥ دقائق من النصائح للإقلاع عن التدخين وبين تقديم ثلاثين دقيقة من علاج مقابلات الدافعية المعدلة للمدخنين المراهقين. ومع أن النتائج التى قيست بعد ثلاثة أشهر من المتابعة كانت لصالح مقابلات الدافعية المعدلة فى كل القياسات، لم تكن أى من المقارنات دالة.

درس باتلر وزملاؤه (Butler and Colleagues, 1999) عينة من المدخنين البالغين جمعها من العيادات الطبية العامة[٥]؛ وكما حدث فى دراسة كولبى Colby وزملائه (١٩٩٨)، تلقت مجموعة المقارنة أسلوبًا مختصراً وسلطويًا من النصائح للإقلاع عن التدخين، بينما تم وصف كلا التدخلين (مقابلات الدافعية المعدلة والإرشاد) بدقة وتم تقديم

كتيبات عنهما للعملاء (Rollnick et al., 1992)، إلا أنه لم يخضع أى منهما لفحوصات السلامة للتأكد من أنه قد تم تقديم كلا العلاجين وفقا للدليل الخاص بهما. عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر، أظهرت المجموعة التى تلقت علاج مقابلات الدافعية المعدلة تحسينات أكبر بكثير من مجموعة الإرشاد فى أربعة من متغيرات النتائج الثمانى، بما فى ذلك خفض التدخين خلال الأربع والعشرين ساعة الماضية، وزيادة تأجيل وقت تدخين أول سيجارة فى اليوم، وزيادة عدد محاولات الإقلاع التى استمرت لمدة أسبوع أو أكثر خلال فترة المتابعة، والانتقال إلى مرحلة أكثر تقدمًا من مراحل التغيير. وعلى الرغم من ذلك، لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات فى القياسات التى من شأنها أن تؤثر بقوة أكبر على صحة العملاء، مثل معدلات التوقف عن التدخين خلال الشهر السابق والحد من عدد السجائر المدخنة ومجمل محاولات الإقلاع. بصفة عامة، أقلع فعلاً عن التدخين ٤٪ فقط من المشاركين فى الدراسة.

نظرًا لندرة الدراسات حول استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج التدخين والتأثير الصغير نسبيًا الذى يمكن تحقيقه فى هذا المجال، فإن هناك نقصًا فى الدعم التجريبى لكفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى هذا المجال فى الوقت الحالى وفى انتظار المزيد من الدراسات.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج إدمان عقاقير أخرى

تم نشر خمس دراسات عن كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج تعاطى أنواع أخرى من المخدرات (Booth, Kwiatkowski, Iguchi, Pinto, & John, 1998; Martino, Carroll, O'Malley, & Rounsaville, 2000; Saunders, Wilkinson, & Philips, 1995; Schneider, Casey, & Kohn, 2000; Stephens, Roffman, & Curtin, 2000). فحصت أربع من هذه الدراسات (كلها ماعدا Stephens et al., 2000) فائدة مقابلات الدافعية المعدلة كتمهيد لمزيد من العلاج. اشتملت أهم المتغيرات التابعة فى هذه الدراسات الأربع على: المشاركة فى العلاج (Martino et al., 2000)، أو الدخول فى العلاج (Booth et al., 1998; Schneider et al., 2000)، أو نية السعى للحصول على العلاج

(Saunders et al., 1995) واستخدمت جميع الدراسات الأربع علاجات مقارنة لمدة مساوية لنفس المدة التى كان يتم فيها اختبار كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة. بدا أن اثنين من هذه العلاجات البديلة قابلة للتطبيق والنجاح إلى حد بعيد (Booth et al., 1998; Schneider et al., 2000)، على عكس العلاجين البديلين الآخرين (Martino et al., 2000; Saunders et al., 1995) استخدمت اثنتان من هذه الدراسات (Saunders et al., 1995; Schneider et al., 2000) دليلاً علاجيًا معينًا، بينما اشتملت دراستان أخريان (Booth et al., 1998; Schneider et al., 2000) على تدخل واسع النطاق لمراقبة الجودة كأداة للفحص المستمر لسلامة العلاج.

وقد أسفرت الدراستان اللتان قارنتا مقابلات الدافعية المعدلة مع علاجات بديلة قابلة للتطبيق (Booth et al., 1998; Schneider et al., 2000) عن نتائج إيجابية للغاية لصالح مقابلات الدافعية المعدلة، على الرغم من عدم وجود فروق دالة بين المجموعات فى أى من الدراستين. قدم شنيدرSchneider وآخرون (٢٠٠٠) مردوداً لمتعاطى المخدرات حول تعاطيهم للمخدرات، إما فى صورة مقابلات دافعية (مقابلات الدافعية المعدلة) أو أسلوب مواجهة[١]؛ سعى أكثر من نصف العملاء إلى مزيد من العلاج فى وقت لاحق. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت كلا المجموعتين تحسنًا كبيرًا ومتساويًا على كل قياسات تعاطى المخدرات مع إقلاع ٢١٪ من مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة و١٩٪ من مجموعة أسلوب المواجهة عن المخدرات بعد تسعة أشهر، فضلا عن انخفاض كبير أيضًا فى الآثار الضارة للكحول أو المخدرات على الأداء فى العمل.

كما درس بوث وزملاؤه (Booth and colleagues, 1998) تأثير مقابلات الدافعية المعدلة على عينة من متعاطى المخدرات بالحقن المتكرر تم جمعهم من الشارع. تألفت مقابلات الدافعية المعدلة من خمس جلسات امتدت كل منها لمدة ثلاثين دقيقة، وركزت على حل التناقض وزيادة الفجوة بين تحقيق الأهداف والوضع الحالى فى تعاطى

---

١ Confrontative style.

المخدرات وورقة تشمل مكاسب وأضرار المخدرات واقتراح محدد بالدخول فى العلاج كأحد عناصر قائمة من الخيارات الممكنة(٦). تلقت مجموعة المقارنة مدة مماثلة من الحد من المخاطر(RR)[١]، وهو التدخل الذى يؤكد سلسلة من طرق أكثر أمنًا فى ممارسات الحقن. وتمثل المتغير الرئيسى التابع فى ما إذا كان العملاء دخلوا العلاج الذى كان قد تم تعريفه من الناحية الإجرائية بأنه استكمال إجراءات الالتحاق بالعيادة لأفراد العينة الإكلينيكية ممن يتعاطون المخدرات. بعد ثلاثة أشهر، دخلت نسبة كبيرة من العملاء فى كلا مجموعتى العلاج، ولكن لم يكن هناك فرق كبير بين الحالتين: ٤٠٪ من مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة و٤٣٪ من مجموعة الحد من المخاطر.

لابد من أخذ مشكلتين مع هذه الدراسة بعين الاعتبار؛ أولا، نظراً لأن هذه الدراسة شملت فحصًا لجودة التدخل (على سبيل المثال، تمت مراقبة وتسجيل ٤٠٪ من الجلسات على أجهزة التسجيل الصوتية، وتم ترميز المحتوى من قبل مقيمين مستقلين)، كان المؤلفون قادرين على اكتشاف أنه لم يتم تقديم مقابلات الدافعية المعدلة بشكل صحيح(٧). ثانيًا، لم يتم تقييم الدخول فى العلاج بصورة وافية وهو يعتبر أهم مقياس للنتائج فى هذه الدراسة، حيث لم تشمل فقط سوى التأكد ما إذا كان المشارك ملأ استمارة الدخول فى إحدى عيادات الإدمان، بدون الأخذ فى الاعتبار المتابعة الفعلية أو تقديم طلب للدخول فى عيادات علاجية أخرى.

كشفت كلتا الدراستين اللتين قارنتا بين مقابلات الدافعية المعدلة وعلاجات بديلة ذات مصداقية أقل (Martino et al., 2000; Saunders et al., 1995) عن بعض النتائج الإيجابية لصالح مقابلات الدافعية المعدلة؛ حيث قدم مارتينو وزملاؤه (Martino et al., 2000) جلسة مقابلات دافعية معدلة واحدة للعملاء الذين يعانون من تشخيص ثنائى[٢]

---

١ RR: Risk Reduction.

٢ Dual Diagnosis (يقصد بهم عادةً المدمنون ممن يعانون من أمراض نفسية إلى جانب إدمانهم. [المراجع]

وكانوا يسعون للدخول فى خطة علاج جزئى بالمستشفى، بينما تلقى المشاركون فى المجموعة الضابطة مقابلة قياسية لمدة مماثلة تعطى بشكل نمطى قبل دخول المستشفى. كشفت المتابعة التى تمت بعد اثنى عشر أسبوعا بعد الخروج من المستشفى عن نتائج أفضل لمجموعة مقابلات الدافعية المعدلة، حيث تفوقت هذه المجموعة على المجموعة الضابطة فى العديد من القياسات (تأخر أقل ومغادرة مبكرة طوال برنامج العلاج بالمستشفى)، ولكن ليس فى القياسات التى تعكس التعاطى الفعلى للمخدرات.

ضم ساوندرز وزملاؤه (Saunders,and colleagues, 1995) فى عينة دراسته متعاطى مخدر الهيروين الذين كانوا يترددون على عيادة الميثادون، وقدم لهم إما مقابلات الدافعية المعدلة أو تعليم. تألف كلا التدخلين من جلسة واحدة مع متابعة مختصرة أو جلسة مراجعة بعد أسبوع. استخدم المؤلفون مقابلات الدافعية المعدلة كما وصفناها فى الطبعة الأولى من هذا الكتاب (Saunders et al., 1991) وضم صفحة واحدة بها "مصفوفة قرار"[١] بشأن عواقب استخدام الأفيون[٨]. تم تقديم مقابلة تعليمية للمجموعة الضابطة؛ حيث تم منح العملاء، فى كل جلسة، معلومات عن المخدرات وقائمة بالإحالات تضم عناوين عيادات علاجية وكيفية الاتصال بها. عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر، توصل متغيران فقط إلى نتيجة ذات أهمية بين المجموعتين؛ حيث أظهرت مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة، مقارنة بالمجموعة الضابطة، انخفاضاً فى المشكلات المتعلقة بالأفيون وزيادةً فى الامتثال للعلاج.

مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج منفرد

تناولت دراسة واحدة فقط كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج منفرد لعلاج تعاطى المخدرات (Stephens et al., 2000)، حيث تم توزيع متعاطى الماريجوانا من الراشدين إما إلى مجموعة ضابطة سيتأخر تقديم العلاج لها أو لإحدى حالات العلاج

---

١ Decision matrex.

التالية: جلستان مقابلات دافعية معدلة فرديتان (اشتملتا أيضًا على استراتيجيات معرفية سلوكية) أو أربع عشرة جلسة من العلاج المعرفى السلوكى على أساس نموذج منع الانتكاسة Stephens, Roffman, & Simpson, 1994، وبينما لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى التدخل عند أى من نقاط المتابعة، وأظهرت كلتا المجموعتين انخفاضًا كبيرًا فى تعاطى الماريجوانا ومشكلات أقل ذات صلة بتعاطى الماريجوانا وزيادة نسبة الامتناع عن التعاطى مقارنة بالمجموعة الضابطة (٣٧٪ لمجموعة مقابلات الدافعية المعدلة مقابل ٩٪ فقط للمجموعة الضابطة). علاوة على ذلك، كان المشاركون فى مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة يستخدمون الماريجوانا أقل من نصف عدد الأيام عند نقطة ستة عشر شهرًا من المتابعة عما كانت قبل العلاج. بصفة عامة، تشير هذه الدراسة، جيدة التصميم، إلى أن دورة قصيرة من مقابلات الدافعية المعدلة قد تكون أكثر كفاءة من عدم تلقى أى دورات على الإطلاق، وتعادل فى فعاليتها العلاج الجمعى الموسع لمتعاطى مخدر الماريجوانا.

خلاصة القول، إذن، هناك دليل على كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج تمهيدى لمزيد من علاج مدمنى المخدرات. وفى هذا السياق؛ أثبتت مقابلات الدافعية المعدلة أنها فعالة مثل البدائل ذات المصداقية (Booth et al., 1998; Schneider et al., 2000)، وتتفوق على مجموعات المقارنة الأقل قابلية للنجاح (Martino et al., 2000; Saunders et al., 1995). أما فيما يتعلق باستخدام مقابلات الدافعية المعدلة كتدخل مستقل قائم بذاته لمتعاطى الماريجوانا، أظهرت إحدى الدراسات أن تقديم علاج مقابلات دافعية معدلة قصيرة نسبيا يعادل فى فاعليته العلاج الجماعى الأطول مدة، والأكثر كفاءة بكثير من عدم تلقى علاج على الإطلاق (Stephens et al., 2000).

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى حفز التزام مرضى التشخيص المزدوج بالعلاج النفسى

تناولت دراستان منشورتان فقط مسألة ما إذا كانت مقابلات الدافعية المعدلة فعالة مع المرضى الذين يعانون من تشخيص مزدوج – أى يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لتعاطى المخدرات. قدم مارتينو وزملاؤه (Martino and colleagues, 2000)، وهو مما ناقشناه أيضًا فى القسم السابق، بعض الدعم لاستخدام مقابلات الدافعية المعدلة كعلاج تمهيدى لتحسين مستوى التزام دخول مدمنى المخدرات ممن يعانون من أمراض نفسية المستشفى.

كما درس سوانسون Swanson وبانتالون Pantalon وكوهين Cohen (1999) تأثير مقابلات الدافعية المعدلة على مرضى العيادة الداخلية الذين تم تشخيصهم باضطرابين، وتلقوا جميعًا العلاج المعتاد بالمستشفى الذى يستغرق فى المتوسط أربعة عشر يومًا. تلقت مجموعة واحدة مقابلات الدافعية المعدلة كعامل مساعد على هذه الخدمات الإكلينيكية، فى حين اعتبرت المجموعة المتبقية بمثابة مجموعة ضابطة. واشتملت مقابلات الدافعية المعدلة على جلسة مدتها خمس عشرة دقيقة من توفير مردود ومناقشة لقياسات التغيير (وفقًا لتقييمات مقياس جامعة جزيرة رودا لتقييم التغيير URICA DiClemente & Hughes, 1990) فى بداية العلاج بالمستشفيات. تم تقديم جلسة مقابلات دافعية معدلة ثانية، لمدة ساعة، قبل أيام قليلة من الخروج من المستشفى، من أجل تسليط الضوء على المزايا التى ذكرها المريض عن التغيير والالتزام بالعلاج.

قبل الخروج من المستشفى، تم تحويل جميع المرضى إلى عيادة خارجية للصحة النفسية. فاقت نسبة مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة فى حضور أول لقاء بعد الخروج بدلالة أكبر بكثير من المجموعة الضابطة (٤٧٪ مقابل ٢١٪). وتشير هذه النتائج، جنبًا إلى جنب مع نتائج مارتينو وزملائه (٢٠٠٠)، إلى أن إضافة برنامج علاج مقابلات الدافعية المعدلة لمرضى العيادة الداخلية قد يكون له تأثير مفيد على امتثال مرضى التشخيص المزدوج للعلاج.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى تغيير السلوكيات الخطرة المرتبطة بفيروس الإيدز

لم تنشر سوى دراستين فقط عن استخدام مقابلات الدافعية المعدلة للحد من مخاطر فيروس الإيدز، قام بالدراستين نفس فريق البحث الإكلينيكى؛ فقد اختبر بيكر Baker وهيثر Heather ووداك Wodak وديكسون Dixon وهولت Holt (١٩٩٣) مقابلات الدافعية المعدلة كعامل مساعد للعلاج النمطى لمتعاطى المخدرات بالحقن المسجلين فى برنامج الميثادون، وتم تقديم جلسة مقابلات دافعية معدلة دورة واحدة مع توفير المردود عن المخاطر الشخصية، إلى جانب مناقشة فى شكل مقابلة دافعية عن السلوكيات الخطرة المرتفعة المتعلقة بفيروس الإيدز. تضمن العلاج المقارن جلسة واحدة من مقابلات الدافعية المعدلة، تلتها خمس جلسات لمنع الانتكاسة (منع انتكاسة على أساس أسلوب مارلت وجوردون، ١٩٨٥) الذى يرتكز على اكتساب مهارات مختلفة تهدف إلى المساعدة فى منع الانتكاسة والعودة إلى الحقن والعلاقات الجنسية غير الآمنة. تلقت المجموعة الضابطة إرشاداً نفسيًا مختصراً فقط عن السلوكيات الخطرة المتعلقة بفيروس الإيدز وكتيب تعليمى، فى حين استمرت كل المجموعات فى تلقى برنامج الرعاية بالميثادون النمطى.

عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر، لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث من حيث السلوكيات الخطرة المرتبطة بفيروس الإيدز. على الرغم من ذلك، أظهرت المجموعة التى تلقت كلا مقابلات الدافعية المعدلة ومنع انتكاسة بالفعل انخفاضا أكبر، مقارنة بالمجموعتين الأخريين، فى سلوكيات مشاركة الحقن فى شهر ذروة المخاطرة. اشتمل تصميم هذه الدراسة على عدة سمات تستحق الثناء، مثل استخدام مدخلات المقربين من أفراد العينة وأدوات موضوعية (على سبيل المثال، تحليل البول) لتأييد بعض القياسات التى تعتمد على التقرير الذاتى، وإجراءات صحيحة فى مراقبة جودة التدخلات (الكتيبات والإشراف والتسجيل الصوتى). ومع ذلك، لابد من اعتبار أن نتائج هذه الدراسة لا تزال أولية نظراً لأن المجموعات الثلاث تختلف إلى حد كبير فى اثنين من مقاييس ما قبل العلاج الرئيسية.

اشتملت عينة دراسة (Baker, Kochan, Dixon, Heather, and Wodak, 1994) على مائتى متعاطى مخدرات بالحقن ممن لا يخضعون حاليًا لأى شكل من أشكال العلاج من الإدمان على المخدرات؛ تلقت مجموعة التدخل جلسة مقابلات دافعية معدلة واحدة، إلى جانب كتيب عن استراتيجيات المواجهة السلوكية المعرفية للوقاية من الانتكاسة. لم يكن هناك فروق دالة فى النتائج بين مجموعة العلاج هذه والمجموعة الضابطة التى لم تتلق أى علاج، بينما أظهرت كلتا المجموعتين تحسنًا عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر. لا يوجد أى دليل مقنع حتى الآن على كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى الحد من السلوكيات الخطرة المرتبطة بفيروس الإيدز.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى الحمية الغذائية وممارسة الرياضة وتغيير أساليب أخرى من الحياة

وقد تم نشر أربع دراسات عن استخدام مقابلات الدافعية المعدلة لإجراء تغيير فى النظام والحمية الغذائية أو ممارسة الرياضة أو غيرها من العادات وأساليب الحياة. تناولت إحدى هذه الدراسات (Mhurchu, Margetts. & Speller, 1998) مقابلات الدافعية المعدلة باعتبارها تدخلاً مستقلاً قائمًا بذاته، فى حين اختبرت الثلاث دراسات الأخرى (Harland et al., 1999; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997; Woollard et al., 1995) مقابلات الدافعية المعدلة كعامل مساعد للعلاجات الأخرى (الرعاية الطبية المعتادة أو المردود المختصر أو العلاج الجمعى). اشتملت ثلاث دراسات (Mhurchu et al., 1998; Smith et al., 1997; Woollard et al., 1995) عينات من البالغين ممن يعانون من مشكلات طبية - زيادة نسبة الدهون وارتفاع ضغط الدم ومرض السكرى على التوالى، فى محاولة لتعزيز التغيير فى نمط الحياة الذى يمكن أن يبطئ من تأثير المرض.

استخدمت دراسة واحدة فقط من هذه الدراسات (Mhurchu et al., 1998) دليل العلاج (Rollnick et al., 1992)، واتخذت خطوات لضمان التزام المعالج بنموذج مقابلات الدافعية المعدلة، ومع ذلك فشلت الدراسة فى تحديد مستوى التدريب على مقابلات

الدافعية الذى حصل عليه أخصائى التغذية الذى أجرى التدخل. خلت الثلاث دراسات الأخـــرى (Harland et al., 1999; Smith et al., 1997; Woollard et al., 1995) من كل نوع من التدخل لمراقبة الجودة، مع استثناء التدريب المبدئى للمعالج الذى ورد فى اثنين منها (Harland et al., 1999; Smith et al., 1997).

ضم مارشو وزملاؤه (١٩٩٨) ضمن دراسته مرضى زيادة نسبة الدهون؛ حيث عقد أخصائى التغذية ثلاث جلسات مع العملاء، مقدمًا لهم إما تدخل مقابلات الدافعية المعدلة أو التدخل الغذائى النمطى (مشورة). أظهرت كلا المجموعتين، عند نقطة المتابعة بعد ثلاثة أشهر، انخفاضات دالة على مجموعة متنوعة من قياسات النتائج - العادات الغذائية وكمية الدهون المستهلكة ومؤشر كتلة الجسم، ولكن لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين. علاوة على ذلك، لم يؤد أى من التدخلين إلى انخفاضات دالة فى نسبة الكوليسترول فى الدم، الذى يمثل الهدف الرئيسى من هذه الدراسة، على الرغم من أن هذا قد يرجع إلى الارتباط غير المؤكد بين الإرشاد الغذائى ومستويات الكوليسترول فى الدم، وليس لفشل فى التدخل فى حد ذاته.

استعان هارالاند وزملاؤه (Harland and colleagues, 1999) فى عينة دراستهم ببالغين فى منتصف العمر من أحد مراكز الممارسة العامة لتقييم كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى تعزيز النشاط البدنى. بالإضافة إلى استخدام مجموعة ضابطة لم تتلق العلاج، استخدمت الدراسة أيضًا مجموعتين منفصلتين تلقتا مقابلات الدافعية المعدلة بغرض زيادة النشاط البدنى بدون التسجيل فى أنشطة معينة على وجه التحديد. تلقت المجموعة الأولى ست جلسات، بينما تلقت المجموعة الثانية جلسة واحدة. أظهرت كلتا مجموعتى مقابلات الدافعية المعدلة، عند نقطة المتابعة التى تمت بعد اثنى عشر أسبوعًا تحسنًا كبيرًا ومتساويا مقارنةً بالمجموعة الضابطة، غير أن هذه المكاسب لم تتواصل حتى نقطة المتابعة التى تمت بعد عام، حيث كان هناك عدة مشكلات مع هذه الدراسة قد تكون حدت من النتائج والاستنتاجات، مثل استخدام القياس القائم على التقرير الذاتى مع عدم التحقق منه من خلال سؤال المقربين من المريض، وعدم توفر

مراقبة الجودة على التدخل، وحضور المشاركين فى مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة الأطول نصف عدد الجلسات المقررة فقط.

دعمت الدراستان الأخريان كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلات (Smith et al., 1997; Woollard et al., 1995). استعان وولارد وآخرون (١٩٩٥) فى عينة دراسته بمرضى ارتفاع ضغط الدم تحت الرعاية، وقدم لهم ست جلسات مقابلات دافعية معدلة أو جلسة واحدة تليها خمسة اتصالات هاتفية للمتابعة. كذلك تلقت مجموعتا مقابلات الدافعية المعدلة كلتاهما بعض التعديل السلوكى خلال جلساتهم، فى حين تلقت مجموعة المراقبة الرعاية المعتادة دون أى مقابلات دافعية معدلة أو تعديل سلوكى. عند نقطة المتابعة التى تمت بعد ثمانية عشر أسبوعًا، كان أداء مجموعتى التدخل جيدًا وعلى قدم المساواة، وبصورة أفضل من المجموعة الضابطة. ومقارنة بالمجموعة الضابطة، أظهرت مجموعة الست جلسات من مقابلات الدافعية المعدلة انخفاضات كبيرة فى كل من الوزن وضغط الدم، فى حين أظهرت مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة الأقصر بشكل ملحوظ انخفاضًا فى تناول الكحول والملح. ومع ذلك، لم يتغير الهدفان السلوكيان الآخران، النشاط البدنى والتدخين بشكل كبير فى أى من مجموعات الدراسة. تعانى هذه الدراسة من عدد من تحديدات التعميم، بما فى ذلك عدم وجود فحوص لسلامة العلاج والتأكد من أنه يتم وفقا للمبادئ والدليل الخاص به، ولم تتوفر مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة نقية (فقط مقابلات الدافعية المعدلة بالإضافة إلى التعديل السلوكى)، وعدم كفاية الإبلاغ عن تدريب مقابلات الدافعية المعدلة. ومع ذلك، تعد نتائج الدراسة دالة إكلينيكيًا لأهداف مهمة.

حصل سميث وزملاؤه (Smith and colleagues, 1997) على نتائج إيجابية من استخدام مقابلات الدافعية المعدلة لعلاج نساء مسنات بدينات من مرض السكرى. تم تقديم برنامج سلوكى للتحكم فى الوزن، امتد لمدة ستة عشر أسبوعا، لكل المشاركات، فى حين تلقت مجموعة واحدة ثلاث جلسات مقابلات دافعية معدلة أيضًا (تضمنت مردودًا فرديًا بشأن مراقبة نسبة السكر فى الدم ونسبة المخاطر على القلب والأوعية الدموية والأداء السلوكى) كعامل مساعد للبرنامج. أظهرت المجموعة التى تلقت

مقابلات الدافعية المعدلة نتائج أفضل من باقى أفراد العينة، كما يتضح ذلك من زيادة نسبة الحضور فى العلاج الجمعى وزيادة استكمال اليوميات الخاصة بالمواد الغذائية، وزيادة معدل تسجيل نسبة السكر فى الدم، وسيطرة أفضل على نسبة السكر فى الدم. تشير هذه النتائج إلى أن إضافة مقابلات الدافعية المعدلة إلى البرنامج المعيارى للعلاج السلوكى للنساء البدينات من مرض السكرى قد يعزز كثيراً من التزامهن بالعلاج والسيطرة على المرض.

إن الدليل على فاعلية مقابلات الدافعية المعدلة فى مجال النظام الغذائى وممارسة الرياضة والسلوكيات الأخرى لأساليب الحياة مختلط وغير حاسم، فبينما لم تجد دراستان (Harland et al., 1999; Mhurchu et al.,1998) أى مزايا أو وجدت مزايا قصيرة الأجل لمقابلات الدافعية المعدلة عن العلاجات البديلة لتغيير النظام الغذائى أو تغيير مستويات الرياضة التى يمارسها الفرد، وجدت دراستان أخريان (Smith et al., 1997; Woollard et al., 1995) أن مقابلات الدافعية المعدلة فعالة كعامل مساعد للرعاية المعتادة أو العلاج الجماعى لتحسين السيطرة على المرض الطبى. ومن الواضح أن فحص احتمال أن مقابلات الدافعية المعدلة يمكن أن يساعد فى تغيير مسار الأمراض الجسدية التى يحتمل أن تهدد حياة الإنسان جديراً بالاهتمام ويستحق مزيداً من الدراسة.

استخدام مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج اضطرابات الأكل

فحصت واحدة فقط من التجارب الإكلينيكية المضبوطة كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج اضطرابات الأكل؛ حيث استعان تريزور وزملاؤه (Treasure an colleagues, 1999) فى عينة المرحلة الأولى من دراستهم الجارية بنساء يعانين من الشره العصبى[1] وقدموا لهن أربع جلسات من مقابلات دافعية معدلة أو علاج معرفى سلوكى.

١ Bulima nervosa.

تم إجراء كلا التدخلين طبقا للمبادئ الخاصة بكل منهما وبواسطة معالجين مدربين وخاضعين لإشراف عن قرب على الرغم من عدم إجراء أى فحوصات معينة خاصة بسلامة الإجراءات.

أظهرت كلا المجموعتين عند المتابعة التى تمت بعد أربعة أسابيع تحسنًا كبيرًا، ولكن متساويًا لدى المجموعتين، فى أعراض الشره وفقا لتقارير المريضات الذاتية، بما فيها تغييرات جوهرية فى الشراهة عند تناول الطعام والتقيؤ. بينما يحد من هذه الدراسة قصر مدة المتابعة وارتفاع معدل تسرب أفراد العينة قبل استكمال الدراسة (معدل تسرب ٤٦٪)، إلا أنها تمثل بداية واعدة لدمج مقابلات الدافعية المعدلة فى علاج اضطرابات الأكل، خاصة فى ضوء حقيقة أن أكثر من نصف النساء حققن تحسنًا كبيرًا نتيجة أربعة أسابيع فقط من العلاج.

استنتاجات تتعلق بكفاءة مقابلات الدافعية ومقابلات الدافعية المعدلة

- لا توجد دراسات تقييم كفاءة مقابلات الدافعية "نقية"، كما عرفها ميلر Miller ورولنيك Rollnick (١٩٩١) فى هذا الكتاب الذى بين يديك. قامت جميع الدراسات، تقريبًا، التى ضمتها هذه المراجعة بتقييم تعديلات مقابلات الدافعية (التى أطلقنا عليها اسم "مقابلات الدافعية المعدلة") التى تتكون من تقديم مردود عن المشكلة فى نمط مقابلات دافعية أو تعديلات أخرى دالة. بالنسبة لدراسات تقييم المردود القائمة على مقابلات الدافعية المعدلة؛ ليست لدينا أية بيانات واضحة لفحص ما هو المكون الأساسى وراء النتائج الإيجابية: هل هو المردود أم نمط مقابلات الدافعية أم المزج بينهما. حاول ميلر وزملاؤه (Miller and colleagues, 1993) صراحةً فصل هذين المكونين من خلال مقارنة تدخل المردود الذى يتم تقديمه فى أسلوب (مقابلات الدافعية الداعمة) مع المردود الذى يتم تقديمه فى أسلوب (طريقة المواجهة). بينما كانت بيانات المتابعة قصيرة المدى والتحاليل المتخصصة فى صالح أسلوب مقابلات الدافعية، لم تظهر النتائج على المدى الطويل فروقًا ذات دلالة إحصائية بين أسلوبى توفير المردود.

● فى مجالات مشكلات إدمان الكحول والمخدرات، أدى استخدام مقابلات الدافعية المعدلة المختصرة نسبيًا (من واحدة إلى أربع جلسات) إلى تأثير جيد ما بين معتدل إلى كبير واستمر هذا التأثير مع مرور الوقت؛ يدعم هذا الاستنتاج التحليل الكمى (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2001; Dunn et al., 2001)، والتقييمات المنهجية (جدول ١٦-٢د)، ومراجعة الجودة. ولا توجد بيانات، حتى الآن، عن تدخلات مقابلات دافعية معدلة أطول مدة، مما يترك الباب مفتوحًا أمام مسألة ما إذا كان هناك "تأثير جرعة". ولا تزال هناك حاجة لتحديد ما إذا كانت التدخلات الأطول أو الأكثر كثافة سوف تؤدى إلى نتائج أفضل.

● بصفة عامة، تعد مقابلات الدافعية المعدلة أكثر كفاءة من عدم التعرض لأى علاج على الإطلاق، وهى لا تختلف كثيرًا عن العلاجات البديلة ذات المصداقية. فى حين لم تستخدم كل من الدراسات العلاجات المقارنة ذات المصداقية والتى تتطابق مع مقابلات الدافعية المعدلة من حيث مدة العلاج، وجدت الدراسات التى قامت بذلك (مثل دراستى، (Booth et al., 1998; Stephens et al., 2000) وجدت درجات من التغيير باستخدام مقابلات الدافعية المعدلة معادلة لتلك التى تحدثها العلاجات البديلة. علاوة على ذلك، أثبتت بعض الدراسات أن مقابلات الدافعية المعدلة المختصرة نسبيًا لها نفس أداء العلاجات البديلة الأطول (Project MATH,1997b; Harland et al., 1999).

● تعد مقابلات الدافعية المعدلة ذات كفاءة سواء كعلاج مستقل قائم بذاته أو كتمهيد لعلاجات أخرى: العلاجات المستقلة القائمة بذاتها هى القاعدة، وليس الاستثناء فى العلاج النفسى وفى معظم الفروع الطبية. وعلى حد علمنا، من النادر أن يكون علاج ما فعالاً على حد سواء كعلاج مستقل وكتمهيد أو مساعد لتعزيز كفاءة مجموعة متنوعة من علاجات أخرى. ولكن هذا هو بالضبط ما تشير إليه بعض البحوث التى أجريت على مقابلات الدافعية المعدلة، حتى عندما ترتكز العلاجات الأخرى المصاحبة له على نماذج وتقنيات مختلفة تمامًا عن تلك التى ترتكز عليها مقابلات الدافعية المعدلة (Bien et al., 1993; Brown & Miller, 1993).

● على الرغم من أن معظم نتائج الدراسات كانت فى مجالات مشكلات الكحول وإدمان المخدرات، هناك أيضًا دراسات تدعم كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة مع عملاء يعانون من ارتفاع ضغط الدم والسكرى والتشخيص المزدوج واضطرابات الأكل. وأشارت بعض الدراسات إلى دعم غير محسوم فيما يتعلق بفاعلية مقابلات الدافعية المعدلة فى مجال التدخين وزيادة النشاط البدنى وتعزيز الالتزام بالحمية الغذائية لدى مرضى ارتفاع نسبة الدهون. ولم يتم العثور على دليل يدعم كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى التقليل من السلوكيات الخطرة المرتبطة بفيروس الإيدز.

● لم تقتصر كثير من نتائج مقابلات الدافعية المعدلة، وخاصة بالنسبة لمشكلات الكحول، على كونها ذات دلالة إحصائية فقط، ولكن يبدو أيضًا أنها ذات دلالة إكلينيكية أيضًا. على الرغم من أنه لم تقم أى من الدراسات بإجراء تقييمات إحصائية لدلالتها الإكلينيكية (acobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999)، هناك أسباب وجيهة للاعتقاد بأن مقابلات الدافعية المعدلة كان لها تأثيرات إكلينيكية جوهرية، وذلك مثل وجود معدلات كبيرة من الإقلاع عن المخدرات والكحول عند وضع المتابعة فى الاعتبار (على سبيل المثال، ٣٧٪ فى دراسة ستيفنز وآخرين (Stephens et al, 2000) و٥٧٪ فى دراسة براون وميلر (Brown and Miller, 1993)) بالإضافة لذلك، عند فحص هذه القياسات التى تتصل بكل وضوح بحياة العملاء (على سبيل المثال، درجة الانخفاض فى تعاطى المخدرات، وانخفاض المشكلات ذات الصلة بتعاطى المخدرات، وتقييمات المقربين من العملاء)، غالبًا ما يكون الحال أن العلاج كان له تأثير حقيقى على السلوك المشكل (انظر، مشروع ماتش ١٩٩٧ب: وساندرز وآخرين، ١٩٩٥).

● اتسمت معظم دراسات مقابلات الدافعية المعدلة بقوة الصدق الخارجي[١]. الصدق الخارجي هو إلى أى مدى يمكن تعميم نتائج الدراسة أو توسيع نطاقها إلى مواقف أو أناس أو مشكلات أخرى غير التى تمت فيها التجربة (Kazdin, 1992).

١ External validity.

ففى كثير من الحالات، كان يتم جمع أفراد العينات مباشرة من مواقف الحياة الواقعية (أى المستشفيات وأماكن الممارسات الطبية)، وحتى عندما كانت تستخدم إعلانات الصحف فى جمع المشاركين، كانت حدة مشكلات العميل فى هذه الدراسات تماثل عموما هؤلاء الذين قد يسعون للعلاج خارج مشروع بحثى. علاوة على ذلك، لم تستخدم معظم هذه الدراسات معايير استبعاد المشاركين واسعة النطاق، حتى يتسنى لأفراد العينات أن يتوازوا إلى حد ما مع هؤلاء الموجودين فى الممارسة الإكلينيكية الفعلية. علاوة على ذلك، البيئات الطبيعية التى يجرى فيها العلاج فى هذه الدراسات هى، فى الغالب، نفس العيادات التى تقدم فيها هذه الخدمات على أساس إكلينيكى غير بحثى.

- كان الصدق الداخلى[1] لدراسات مقابلات الدافعية المعدلة متغيراً جداً وضعيفاً فى كثير من الأحيان؛ الصدق الداخلى هو قدرة تصميم البحث على استبعاد التفسيرات البديلة للنتائج، ويتناول قضايا مثل طبيعة وكفاية المجموعات الضابطة وكفاية مواصفات المتغير المستقل (أى التكرار) وسلامة العلاج وكفاية قياس المتغيرات التابعة والحد من المصادر المحتملة للتحيز أو منعها. وسوف ننظر فى كل من هذه العناصر على حدة فيما يلى:

طبيعة كفاية المجموعات الضابطة ومداها: كما ذكرنا آنفا فى هذا القسم، أحيانا لا تتطابق الدراسات التى تقارن بين مقابلات الدافعية المعدلة وبين العلاجات البديلة بشكل كافٍ فى مصداقية أو طول مدة العلاج (مثل، تقديم ساعة واحدة من مقابلات الدافعية المعدلة مقابل خمس دقائق من النصح بتغيير السلوك المشكل). وفى الحقيقة، لم تقيم أى من الدراسات توقعات المشاركين أو تصوراتهم عن مدى كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة مقارنةً بالعلاج (أو العلاجات) البديل. فإذا كان أحد العلاجات يستطيع توليد المزيد من التوقعات الإيجابية للتغيير، قد ترجع عندئذ الفروق فى النتائج إلى الفروق فى التوقعات وليس فى كفاءة الإجراءات.

---

١ Internal validity.

كفاية تحديد المتغير المستقل: كانت غالبية الدراسات ضعيفة جداً فى هذا الصدد، مما يعرض أى استنتاجات قوية للشك. فكثير من الدراسات تفتقد وصفًا كافيًا لمؤهلات وأوراق اعتماد مقدمى العلاج والإجراءات المحددة للتدريب. علاوة على ذلك، كان هناك القليل من الاتساق عبر الدراسات بشأن طبيعة تدخلات مقابلات الدافعية المعدلة المختبرة (باستثناء الاستخدام المشترك للمردود عن المشكلة)، مما أدى إلى عدم تجانس محير فيما يتعلق بتدخلات مقابلات الدافعية المعدلة قيد الدراسة.

سلامة العلاج[1]: اشتمل عدد قليل جداً من الدراسات على تقييم دقيق لسلامة العلاج، ويقصد به ما إذا كان مقدمو مقابلات الدافعية المعدلة يقومون بتقديمه فى الواقع وفقا للتوجيهات، وما إذا كان يمكن تتبع هذه التوجيهات خلال تفاعلهم مع العميل. علاوة على ذلك، نادراً ما تكون إجراءات التدريب موحدة ونمطية (على سبيل المثال تسترشد بالدليل الخاص بهذا العلاج).

ملاءمة قياس المتغيرات التابعة: اشتملت الغالبية العظمى من الدراسات على أدوات ثابتة أثبتت صدقها وأدوات معيارية موحدة قائمة على التقرير الذاتى، وذلك لتقييم النتائج. بالإضافة إلى ذلك، تم قياس النتائج بوسائط أخرى عديدة، منها على سبيل المثال، المجال الفسيولوجى (مثل تحليل البول) والمجال السلوكى (على سبيل المثال، الدخول مرة أخرى للمستشفى)، فضلاً عن التقييمات التى يقوم بها المقربون من المرضى. يشكل هذا القياس المتعدد قوة حقيقية لمعظم دراسات مقابلات الدافعية المعدلة.

تقليل مصادر التحيز المحتملة أو منعها: تركت معظم الدراسات الباب مفتوحًا أمام إمكانية تحيز القائم بالتجربة؛ ففى كثير من الأحيان، كان يقوم بإجراء العلاجات البديلة فرق العمل بالبحوث الذين يعرفون فروض البحوث التى مفادها تفوق علاج مقابلات الدافعية المعدلة، ومن الممكن أن يكون لهؤلاء المعالجين الباحثين تحيزات خاصة بهم لصالح مقابلات الدافعية المعدلة ضد البدائل العلاجية الأخرى.

---

١ Integrity of treatment.

ومن المعروف على نطاق واسع فى أدبيات العلاج النفسى أن "ولاء المعالج"[1] (Luborsky et al., 1999) قد يؤدى إلى تحيز النتائج - غير العادل - لصالح أحد التدخلات على تدخل آخر.

على الرغم من وجود هذه المشكلات فى الصدق الداخلى، فنحن نثق أن مقابلات الدافعية المعدلة فعالة لسببين؛ أولاً، هو دليل التقارب[2]: عدد النتائج الإيجابية لمقابلات الدافعية المعدلة فى دراسات مختلفة، قد يحتوى كل منها مشكلة أو أكثر من المشكلات، يشير حتمًا إلى تأثير متسق وقوى. ثانيًا، هناك ثلاث دراسات مثالية قد تكون استبعدت تمامًا كل مشكلات الصدق الداخلى (Miller et al., 1993; MATCH Project , 1997b; Stephens et al., 2000). تقدم هذه الدراسات الثلاث دعمًا جيدًا لكفاءة مقابلات الدافعية المعدلة فى مجال مشكلات إدمان الكحول والمخدرات.

كيف ولماذا تنجح مقابلات الدافعية المعدلة؟

على الرغم من أنه قد تم تكريس قدر كبير من الفكر والممارسة والبحوث لمقابلات الدافعية، لا نزال بعيدين عن فهم الصلات الدقيقة بين العمليات والنتائج (Miller, 1996b). بينما تكهن ميلر Miller ورولنيك Rollnick (الفصل الأول من هذا المجلد) حول الآليات العلاجية الممكنة، مشيرين إلى تأثير الإيمان والأمل وتأثير المرشد (على سبيل المثال، المواجدة) والحديث عن التغيير، فإن هناك ندرة فى الأدلة بشأن كيفية عمل التدخلات ذات الصلة بمقابلات الدافعية وأسبابها.

المهمة العاجلة التى تنتظر البحوث فى هذا المجال هو تفكيك مقابلات الدافعية المعدلة التى ترتكز على توفير المردود إلى مكوناته الرئيسية - وهى توفير المردود عن المشكلة ومقابلات الدافعية - لتحديد إسهاماتها النسبية فى النتائج. كما ناقشنا فى هذا الفصل، لا نعرف حتى الآن ما إذا كان توفير المردود عن المشكلة أو مقابلات

١ Therapist allegiances.
٢ Converging evidence.

الدافعية أو المزيج بينهما ضروريًا لإحداث التأثير العلاجي. في الواقع، هناك بعض الأدلة التجريبية مؤخرًا تشير إلى أن مكون توفير المردود عن المشكلة قد يكون أكثر أهمية وحسمًا من مكون مقابلات الدافعية بالنسبة لمدمني الخمور من طلبة الجامعة (Juárez, 2001) علاوة على ذلك، تشير نتائج كلا الدراستين إلى أن المردود عن المشكلة قد تكون فعالة سواء تم تقديمها في مقابلات دافعية أو في نمط المواجهة (Miller et al.,1993; Schneider et al., 2000).

ومع ذلك، توصل ميلر وزملاؤه (Miller and colleagues, 1993) باستخدام الترميز في مراقبة سلوكيات المعالج، إلى أن حالتي توفير المردود – مقابلات الدافعية ونمط المواجهة – لم يختلفا كثيرًا عن بعضها بعضًا في الممارسة الفعلية، ونتيجة لذلك تم حساب الارتباطات الخاصة بين المعالج في الجلسة وسلوكيات العميل والنتائج العلاجية. ارتبطت سلوكيات المعالج "المواجهة" مباشرة بسلوكيات العميل المقاومة في الجلسة، بينما ارتبطت سلوكيات المعالج "الداعمة" (نمط مقابلات الدافعية) بسلوكيات العميل الإيجابية المتوجهة نحو التغيير. علاوة على ذلك، تم التوصل إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين سلوك المعالج الواحد ("مواجهة"، يتكون من التحدي والخلاف وتصاعد المنازعات والتشكك والسخرية... إلخ) وبين معدل تناول الكحول عند نقطة المتابعة التي تتم بعد عام.

هناك تأييد لوجود تأثير للمرشد مع مقابلات الدافعية المعدلة؛ حيث وجد مشروع ماتش (MATCH,1998c) أن الفروق بين المعالجين تفسر من ٦٪ إلى ٧٪ من التباين في النتيجة حتى بعد ضبط تأثير حدة حالة العميل وتأثيرات الموقع. علاوة على ذلك، كشفت التحليلات الاستكشافية لسمات محددة للمعالج على جدول التفضيل الشخصي[١] (Edwards, 1953) عن أن النتائج الأفضل كانت مرتبطة بشكل دال بارتفاع حاجة المعالج للحنو وانخفاض حاجته للعدوانية.

١ Personal Prefence Schedule.

قد تتعدل التأثيرات الإيجابية لمقابلات الدافعية المعدلة، كمقدمة أو تمهيد لعلاج آخر أو لمزيد من الخدمات الإكلينيكية، على الأقل جزئيًا بزيادة المشاركة فى العلاج. فمثلاً، وجد براون وميلر (Brown and Miller, 1993) أن العملاء الذين تلقوا مقابلات دافعية معدلة قبل العلاج حصلوا على تقييم إيجابى فى المشاركة فى العلاج اللاحق أكثر من عملاء المجموعة الضابطة التى لم تتلق مقابلات الدافعية المعدلة. بينما تدعم دراسات أخرى عديدة قدرة مقابلات الدافعية المعدلة على تحسين نسبة المشاركة فى العلاجات المستقبلية أو المتزامنة (Booth et al., 1998; Martino et al., 2000; Smith et al., 1997; Swanson et al., 1999)، إلا أن أيًا من هذه الدراسات (بما فى ذلك Brown & Miller, 1993) لم تستخدم تحليلات وسيطة معينة لتحديد تأثير مقابلات الدافعية المعدلة فى هذا الصدد.

تشير قليل من الأدلة المباشرة، حتى الآن، إلى أن مقابلات الدافعية المعدلة تعمل فعلاً من خلال تعزيز الدافع أو الاستعداد للتغيير. بينما أظهر عملاء مقابلات الدافعية المعدلة عموما زيادة فى الاستعداد للتغيير بعد العلاج (Handmaker et al., 1999; Mhurchu et al., 1998; Treasure et al., 1999)، ولم يبد أن تدخلات مقابلات الدافعية المعدلة، مع استثناء واحد (Butler et al., 1999)، قد زادت من الاستعداد للتغيير، وذلك مقارنة بالتدخلات البديلة أو المجموعة الضابطة (Colby et al., 1998; Mhurchu et al., 1998; Saunders et al., 1995; Schneider et al., 2000; Treasure et al., 1999). علاوة على ذلك، لم تجر أى من هذه الدراسات أية تحليلات إحصائية لتحديد ما إذا كان هذا التحول الدافعى عدل بالفعل نتيجة العميل.

لذلك، تشير البحوث إلى أن مقابلات الدافعية المعدلة ربما تتعدل بتأثير المرشد (مثل أسلوب المواجدة فى العلاج)، عن طريق توفير مردود عن نتائج التقييم، أو من خلال تعزيز المشاركة فى العلاج فى المستقبل. وعلى الرغم من هذه البدايات الواعدة، مازلنا لا نعرف سوى القليل جداً حول كيفية عمل مقابلات الدافعية.

لمن تصلح مقابلات الدافعية المعدلة

احتمالية أن بعض العلاجات تعمل على نحو أفضل بالنسبة لبعض الأفراد ولبعض المشكلات هى إحدى القضايا التى تناولها العلاج النفسى على نطاق واسع (Shoham & Rohrbaugh, 1995)، كما تلقى اهتمامًا كذلك فى أدبيات مقابلة الدافعية. وقد فشلت – إلى حد كبير– عدة تجارب إكلينيكية لمقابلات الدافعية المعدلة كانت تبحث هذه التفاعلات (Marlatt et al., 1998; Monti et al., 1999; Project MATCH, 1997a, 1997b, 1998c). وفى مشروع ماتش MATCH، لم تتنبأ معظم المتغيرات المطابقة بنتيجة علاجات معينة كما كان مفترضًا (على سبيل المثال، مرحلة التغيير أو الاستعداد للتغيير أو الكفاءة الذاتية أو الشخصية المضادة للمجتمع)، على الرغم من أنه تم التعرف على اثنين من التأثيرات المهمة التى تنبأت بالنتيجة عند المتابعة بعد ثلاث سنوات: كان علاج الاثنتى عشرة خطوة أكثر فعالية من مقابلات الدافعية المعدلة لدى العملاء الذين كانت شبكات علاقتهم الاجتماعية داعمة للغاية للشرب، فى حين كان العكس صحيحا للعملاء الذين كانت شبكات دعمهم الاجتماعى منخفضة فى تأييدها للشرب. وصل هذا التأثير إلى حد الدلالة الإحصائية على واحد فقط من قياسات تعاطى الكحول، ولم يتوقع النجاح عند المتابعة بعد سنة واحدة. وكان أقوى تأثير للتفاعل وأكثره استقرارا فى مشروع ماتش، حيث كان دالاً عند المتابعة بعد سنة وبعد ثلاث سنوات، حيث تفوق تأثير مقابلات الدافعية المعدلة على تأثير العلاج المعرفى السلوكى وتأثير علاج الاثنتى عشرة خطوة فى النتائج الأولية على كل من مقياسى الشرب للعملاء ذوى المستوى المرتفع من الغضب، فى حين كان العكس صحيحًا لدى العملاء ذوى المستويات المنخفضة من الغضب.

أخيراً، بينما لم تقدم دراستان أى دعم لمرحلة التغيير كوسيط لعلاجات مقابلات الدافعية المعدلة (Monti et al., 1999; Project MATCH, 1997a, 1997b, 1998c)، وجدت دراستان أخريان أن العملاء الأقل استعداداً للتغيير قد يستفيدون بميزة خاصة من مقابلات الدافعية المعدلة عن الإرشاد المختصر (Butler et al., 1999)، أو الإرشاد القائم على المهارات (Heather et al., 1996).

المستقبل البحثى لمقابلات الدافعية

أين نذهب من هنا ؟

كما تشير مراجعتنا، مازال هناك عدم توازن حقيقى بين الصدق الداخلى والخارجى فى بحوث مقابلات الدافعية؛ حيث يبدو أن الباحثين كانوا يولون اهتمامًا بتقييم جدوى وفائدة مقابلات الدافعية المعدلة مع مختلف العينات أكثر من اهتمامهم ببناء التصاميم الدقيقة الصارمة لاستبعاد التفسيرات البديلة. نرى أن الحاجة الأكثر إلحاحا تتعلق بالبحث فى الصدق الداخلى. يمكن للبحوث المستقبلية تناول ذلك من خلال التركيز على:

- الحجم الكافى للعينة بحيث يسمح بمستوى مناسب من الدقه الإحصائية.
- المجموعات الضابطة المناسبة، لتمثل تفسيرات بديلة واضحة ومعادلة فى جميع النواحى الأخرى للمجموعة التى تخضع لاختبارات مقابلات الدافعية المعدلة (مثل: المصداقية ومدة العلاج).
- تقييم دقيق لمصداقية وسلامة العلاج (انظر الوصف المؤقت للمهارات فى الفصل الثامن عشر).
- وصفاً واضحًا لمقابلات الدافعية أو إجراءات مقابلات الدافعية المعدلة قيد الدراسة.
- زيادة اتساق مقابلات الدافعية المعدلة والقابلة لمقارنتها عبر الدراسات.

وهناك سؤال آخر مهم لم يحظ بأى إجابة مباشرة تقريبًا فى جميع البحوث التى راجعناها: ما مدى كفاءة مقابلات الدافعية (مقارنة بكفاءة مقابلات الدافعية المعدلة)؟ كما لاحظنا مرارا، لم يكن هناك اختبارات تجريبية للصورة النقية من مقابلات الدافعية (أى بمفردها ودون دمجها بتدخلات أخرى)، كما عرفها ميلر ورولنيك (١٩٩١ Miller and Rollnick, 1991) فى هذا المجلد. وقد اشتملت كل تدخلات مقابلات الدافعية المعدلة

التى راجعناها هنا على "أسلوب" من مقابلات الدافعية، ولكنها شملت أيضًا عناصر أخرى مثل المواد التعليمية والاستراتيجيات المعرفية السلوكية، والأكثر شيوعًا، توفير المردود عن المشكلة، ومن ثم نحن بحاجة لمعرفة إلى أى مدى ترجع النتائج الإيجابية لمقابلات الدافعية المعدلة: إلى المردود المتوفر أم إلى مقابلات الدافعية أم كليهما معًا. لذلك من الضرورى إجراء دراسات لبحث تأثير كل من هذه العناصر على حدة حتى يمكن التأكد من المكونات الفعالة فى مقابلات الدافعية المعدلة.

هناك قدر كبير من النظريات والبحوث (على سبيل المثال: Greenberg, Elliott, & Lietaer, 1994; Rogers, 1951) تشير إلى أن مقابلة الدافعية قد تكون منحى قيمًا، ليس فقط لعلاج الإدمان ولكن لاضطرابات نفسية عديدة أخرى مثل القلق واضطرابات المزاج. ويمكن اعتبار مقابلة الدافعية كتكامل مثير للفضول لمبادئ واستراتيجيات علاج روجرز (١٩٥١) الذى يتمركز حول العميل مع استراتيجيات معرفية سلوكية أكثر نشاطا يتم تقديمها بطريقة تعزز الإسهام الذاتى[١] فى التغيير. تدعم المراجعة البحثية التى أجريناها فى هذا الفصل جزئيًا فكرة أن مقابلات الدافعية المعدلة تعد واعدة، ولكن لا يمكننا أن نعرف إلى أى مدى يمكن أن تكون واعدة إلا عندما ندرس عملية مقابلات الدافعية ونتائجها لمجموعة أوسع من المشكلات الإكلينيكية.

ملخص

ركزت مراجعتنا على تعديلات مقابلات الدافعية (مقابلات الدافعية المعدلة)، التى تتميز بوجود ملاحظات فى صورة مردود أو حتى عناصر أخرى إضافية، ليس هناك دراسات حتى الآن خاصة بالمقابلات الدافعية "النقية". فقد كانت تدخلات مقابلات الدافعية المعدلة فى الدراسات التى راجعناها هنا قصيرة نسبيًا تتراوح بين واحدة إلى ست جلسات تستخدم سواء كمقدمة أو مساعدة لعلاجات أخرى وكعلاج منفرد أيضًا.

١ Self-attribution.

تدعم البحوث كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة في علاج مشكلات إدمان الكحول والمخدرات، وكذلك للأشخاص الذين يعانون من مرض السكرى وارتفاع ضغط الدم والتشخيص المزدوج والشره العصبى. وهناك تضارب في دعم استخدام مقابلات الدافعية المعدلة في مجال التدخين وزيادة النشاط البدنى وتعزيز التزام مرضى الدهون المفرطة بالحمية الغذائية. ولم تدعم الدراستان اللتان أجريتا حتى الآن استخدام مقابلات الدافعية المعدلة للحد من السلوكيات الخطرة فيما يتعلق بفيروس الإيدز (مثل مشاركة الحقن).

بشكل عام، أثبتت مجموعات مقابلات الدافعية المعدلة تفوقها على المجموعات الضابطة التى لم تخضع لأى علاج، وكذلك تفوقها على العلاجات البديلة الأقل مصداقية، وعلى قدم المساواة مع علاجات المقارنة القابلة للتطبيق. وغالبًا ما تجرى مقابلات الدافعية المعدلة مع العلاجات الأخرى القابلة للتطبيق التى كانت تستغرق ضعف أو ثلاثة أضعاف الوقت الذى تستغرقه مقابلات الدافعية المعدلة. وقد اختلفت الدراسات فيما بينها حول مقابلات الدافعية المعدلة، مما يصعب التوصل إلى استنتاجات عامة حول كفاءة هذا العلاج. وسيكون من المفيد إجراء المزيد من الدراسات حول مقابلات الدافعية المعدلة من أجل التوصل إلى آراء موحدة عن كفاءتها. بصفة عامة، كانت الدراسات الخاصة بصدقها الخارجى قوية، فى حين كانت الدراسات الخاصة بصدقها الداخلى ضعيفة نسبيًا. ومازالت هناك حاجة للمزيد من التجارب الدقيقة جيدة الضبط على مقابلات الدافعية المعدلة، بالإضافة إلى الدراسات التى تحاول عزل مقابلات الدافعية المعدلة للوصول إلى تقييم الإسهامات النسبية للمقابلات الدافعية وتوفير المردود عن المشكلة. أخيرًا، نحن بحاجة إلى بحوث عن برامج مقابلات الدافعية "النقية"، فضلاً عن البحوث العملية التى توضح الآليات الكامنة وراء ذلك حتى نتمكن من فهم المزيد من المعلومات حول كيف ولماذا ولمن تصلح برامج الدافعية.

الهوامــش

(١) نوقشت قضية المصطلحات بمزيد من التفصيل فى الفصل الثامن عشر.

(٢) انظـر:

(Dunn, De Roo, and Rivara, 2001; and Burke, Arkowitz, and Menchola, 2001).

(٣) هناك مراجعة منفصلة لبرامج مقابلات الدافعية المعدلة الجماعية فى الفصل الخامس والعشرين.

(٤) قد تغطى الفصول الأخرى من هذا الكتاب نتائج الدراسات المتعلقة بمقابلات الدافعية التى لم تستوف المعايير التى وضعناها للإدراج هنا، وبالتالى فمن الممكن أن تتوصل هذه الفصول الأخرى إلى استنتاجات ونتائج مختلفة إلى حد ما.

(٥) لا يتضمن هذا التدخل أى معلومات عن مردودات عن التقييمات السابقة المرتبطة بالمخدرات. ومع ذلك، أغفل الاستخدام الذكى للإنصات المتمعن، الذى هو أساسى وجوهرى للتعبير عن المواجدة العلاجية. لذلك، مازلنا نعتبر هذا الإجراء مرتبطًا بمقـابلات الدافعية المعـدلة وليس إجراء ضمن مقـابلات الدافعيـة بصفة عامة.

(٦) سيخدم هذا التدخل مزيجًا من استراتيجيات مقابلات الدافعية و" طرق لعب الأدوار"، لذلك مازلنا نعتبره مقابلات دافعية معدلة ولا يرتبط بمقابلات الدافعية الخالصة فى حد ذاتها.

(٧) وفقًا للفصل العشرين، هذا العلاج، كما كان مخططًا، لم يكن وفيًا لمبادئ مقابلة الدافعية.

(٨) يرتكز هذا التدخل على منحى إجـراء مقابلات الدافعية التى انفصلت عن تـلك التى تبنـاها ميلر Miller ورولنيك Rollnick (Saunders, Wilkinson, & Allsop, 1991)، وبالتالى فإننا لازلنا نعتبرها مقابلات دافعية معدلة وليس مقابلات دافعية خالصة فى حد ذاتها.

قائمة المحاولات الإكلينيكية المنضبطة

للمقابلات الدافعية المعدلة

1. Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. Psychology of Ad- dictive Behaviors, 7, 211-218.

2. Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 347-356.

3. Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology,68(4), 728-733.

4. Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., & Williams, E. (1998). Screening and brief inter- vention for high-risk college student drinkers: Results from a 2-year follow-up as- sessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 604-615.

   and

   Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy drinking college students: Four-year follow-up and natural history. American Journal of Public Health, 91(8), 1310-1316.

5. Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. W., Villaveces, A., Copass, M., & Ries, R. (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. Annals of Surgery, 230(4), 473-483.

6. Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-Up as a preventive intervention. Behavioural Psychotherapy, 16, 251-268.

7. Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 455-461.

8. Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., & Rohsenow, D. J. (1999).

Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. Journal of Consulting and Clinical Psychology,67(6), 989-994.

9. Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 60, 285-287.

10. Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief coun- seling among heavy drinkers identified on general hospital wards. Drug and Alco- hol Review, 15, 29-38.

11. Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. Journal of Studies on Alcohol, 58, 7-29.

and

Project MATCH Research Group. (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23(60), 1300-1311.

12. Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spiri- to, A., Woolard, R. H., & Lewander,W. J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 66(3), 574-578.

13. Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general prac- tice: A randomised trial. British Journal of General Practice, 49, 611-616.

14. Schneider, R. J., Casey, J., & Kohn, R. (2000). Motivational versus confronta- tional interviewing: A comparison of substance abuse assessment practices at em- ployee assistance programs. Journal of Behavioral Health Services and Research, 27(1), 60-74.

15. Martino, S., Carroll, K. M., O'Malley, S. S., & Rounsaville, B. J. (2000). Motiva- tional interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. American Journal on Addictions, 9, 88-91.

16. Booth, R. E., Kwiatkowski, C., Iguchi, M. Y., Pinto, F., & John, D. (1998). Facili- tating treatment entry among out-of-treatment injection drug users. Public Health Reports, 113(Suppl. 1), 116-128.

17. Saunders, B., Wilkinson, C., & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motiva- tional intervention with opiate users attending a methadone programme. Addic- tion, 90, 415-424.

18. Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. Journal of Consulting and Clinical Psy- chology, 68(5), 898-908.

19. Baker, A., Heather, N., Wodak, A., Dixon, J., & Holt, P. (1993). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug us- ers. AIDS, 7, 247-256.

20. Baker, A., Kochan, N., Dixon, J., Heather, N., & Wodak, A. (1994). Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. AIDS Care, 6(5), 559-570.

21. Swanson, A. J., Pantalon, M. V., & Cohen, K. R. (1999). Motivational interview- ing and treatment adherence among dually-diagnosed patients. Journal of Ner- vous and Mental Disease, 187(10), 630-635.

22. Mhurchu, C. N., Margetts, B. M., & Speller, V. (1998). Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyper- lipidaemia. Clinical Science, 95(4), 479-487.

23. Woollard, J., Beilin, L., Lord, T., Puddey, I., MacAdam, D., & Rouse, I. (1995). A controlled trial of nurse counseling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: Preliminary results. Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology, 23, 466-468.

24. Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., & Howel, D. (1999).

The Newcastle exercise project: A randomized controlled trial of methods to pro- mote physical activity in primary care. British Medical Journal, 319, 828-831.

25. Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motiva- tional interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. Diabetes Care, 20(1), 53-54.

26. Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. Behaviour Research and Therapy, 37, 405-418.

الفصل السابع عشر

كفاءة مقابلة الدافعية وتعديلاتها ومواقف الصحة العامة

KEN RESNICOW, COLLEEN DIIORIO, JOHANNA E. SOET, BELINDA BORRELLI, DENISE ERNST, JACKI HECHT, and ANGELICA K. THEVOS.

بينما تركز كثير من البحوث الإمبيريقية والتطبيقية الخاصة بمقابلة الدافعية على السلوكيات الإدمانية ولا سيما تعاطى الكحول، فى السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام كبير بجانب متخصصى المهن الطبية والصحة العامة (PH) فى الاستفادة من مقابلة الدافعية لعلاج المشكلات والحالات الصحية الأخرى، مثل التدخين وإنقاص الوزن والنشاط البدنى وضبط السكر وإدارة الألم والفحص والسلوك الجنسى والامتثال لإرشادات الأطباء (Berg-Smith et al., 1999; Colby et al., 1998; Emmons & Rollnick, 2001; Ershoff et al., 1999; Miller, 1996b; Rakowski et al., 1992; Resnicow, Jackson, Wang, Dudley, & Baranowski, 2001; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997; Stott, Rollnick, & Pill, 1995; Taplin et al., 2000; Velasquez et al., 2000).

سيتناول هذا الفصل التطبيقات الطبية والصحية العامة، ونحن نبدأ بتقديم مراجعة لبعض الفروق العملية والمفهومية المرتبطة باستخدام مقابلة الدافعية فى هذه المواقف وبشكل خاص التطبيق فى الأمراض المزمنة والسلوكيات غير الإدمانية، ثم استكشفنا المسائل المرتبطة بتدريب العاملين فى الصحة العامة والجوانب الطبية على استخدامها. نصف بعد ذلك تطبيق مقابلة الدافعية على سلوكيات وحالات صحية محددة ونختتم بملخص ومناقشة لتوجهات بحثية مستقبلية.

قضايا مفهومية: تطبيق مقابلة الدافعية على سلوكيات الأمراض المزمنة وغير الإدمانية

نظرًا لجذوره فى الإرشاد للإدمان، من المهم فحص توظيف مقابلة الدافعية بشكل مختلف نظريًا وممارسة عند تطبيقها على السلوكيات غير الإدمانية والأمراض المزمنة. فمثلاً، عنصر جوهرى فى مقابلة الدافعية هو العمل عبر التناقض الوجدانى للتغيير (Miller & Rollnick, 1991; Resnicow, Dilorio, et al., 2001; Rollnick, Butler, & Stott, 1997)، ويبدو أن هذه التكنيكات فعالة بصف خاصة بين الأفراد ذوى الاستعداد المنخفض للتغيير (But- ler et al., 1999; Heather, Rollnick, Bell, & Richmond, 1996; Resnicow, Jack- son, et al., 2001)، ويمكن افتراض أن طبيعة وحجم التناقض الوجدانى، مثل أسباب التغيير، تختلف فى النوع (وليس فى الدرجة فحسب) بين السلوكيات الإدمانية وغير الإدمانية. وتعديل سلوكيات مثل تناول الفاكهة أو النشاط البدنى قد لا يترتب عليها شدة فى المقاومة أو نقل عمق المعنى النفسى والشخصى كما يتم فى إنهاء تعاطى الكحول والهيروين بالنسبة للسلوكيات غير الإدمانية، ربما نحتاج لوقت أقل (ليس بالضرورة مهارة أقل) لحل تناقض العميل الوجدانى، وربما تتضمن مثل هذه اللقاءات تركيزًا على الجانب السلوكى أكثر من الجانب المعرفى. علاوة على ذلك، إذا كانت طبيعة وحجم التناقض الوجدانى مختلفة بشكل جوهرى فى السلوكيات غير الإدمانية، وإذا كان حل التناقض الوجدانى سببًا

رئيسيًا فى كفاءة مقابلة الدافعية، إذن ستكون مقابلة الدافعية أقل كفاءة فى الموقف الطبى والصحة العامة. وعلى العكس، قد يكون هناك تناقض وجدانى ومقاومة وإنكار كبير لسلوكيات صحية مثل الامتثال الطبى والحصول على فحوص واختبارات وزيادة التمرينات الرياضية وجوانب أخرى، وربما تكون مقابلة الدافعية فعالة بشكل متساوٍ فى مثل هذه المواقف (Prochaska et al., 1994).

ربما يوجد فرق آخر فى حقيقة أنه فى كثير من السلوكيات الإدمانية – مثل، التدخين – غالبًا ما تستلزم عملية تغيير السلوك "يوم بداية" محدد. فعلى الرغم من أن الأهداف المنشودة والتوقيت جوانب مهمة لتغيير سلوكيات مثل الأكل والنشاط البدنى، غالبًا ما يكون نمط التغيير مختلفًا تمامًا، فمفاهيم التوقف والانتكاسة ربما تكون أقل مصداقية بالنسبة لبعض السلوكيات المعززة للصحة.

فى النهاية، فى الإرشاد للإدمان، غالبًا ما يحاول العميل أو يسعى لعلاج حالته، بينما فى المواقف الطبية والصحة العامة ربما يبحث العملاء عن الرعاية لظرف أو هم آخر، وقد يثير الممارس مشكلات مثل التدخين وإنقاص الوزن والتمرينات الرياضية (انظر الفصل الثامن عشر من هذا الكتاب)، وبالنظر إلى أن العميل ربما لا يبادر بمناقشة الموضوع ربما سيكون هناك اهتمام أو رغبة أقل لتناول مثل هذه السلوكيات داخل هذا السياق. وبالعكس ربما يضع بعض المرضى جدول متابعة دوريًا مع طبيبهم مع تعبيرهم عن توقع أن إنقاص وزنهم أو نشاطهم البدنى أو تعاطيهم للمخدرات أو تاريخ فحصهم أو باقى سلوكياتهم الصحية سيتم تناولها، ولم يتم إمبيريقيًا تحديد ما إذا كانت وظائف التدخل بمقابلة الدافعية بمبادرة الممارس تختلف عن نظيرتها بمبادرة العميل.

قضايا عملية: مدة نموذج الاتصال وتكراره

لعل أهم عامل يحد من استخدام مقابلات الدافعية فى المواقف الطبية ومواقف الصحة العامة هو الوقت، بينما يتضمن الإرشاد الكامل للإدمان بمقابلة الدافعية جلسات عديدة بمدد كبيرة، فى المواقف الطبية (لاسيما الرعاية الأولية)،

حـيث يكون لدى المريض من ١٠ إلى ١٥ دقـيـقـة (Emmons & Rollnick, 2001; Goldstein et al., 1998). بالإضـافـة إلى ذلك، ربما يحـصل المـارسـون على اتصـال واحـد مع المريض من أجل سلوك صـحى مـعين، مـثـلاً، فى العيـادة الداخلية أو غرفـة طوارئ لمستـشـفى عام قد يستطيع الطبيب طرح موضوع تغيير سلوك - مثل، الإقلاع عن التدخين، مـع أن هذا الطبيب قد لا يرى المريض مرة أخرى. وبالمثل فى بعض نظم الرعاية العلاجية لا يتصل المرضى دائمًا بممارسين متخصصين (Goldstein et al., 1998). حتى حين يكون هناك استمرار فى الرعاية. إن صعوبة الحصول على ما يكفى للإرشاد السلوكي تحد من قدرة الممارسين ودافعيتهم لعمل مقابلة دافعية مكثفة.

تظهر تضمينات عدة من هذه المعوقات؛ أولاً، هنـاك حاجة لتـعديل مقابلة دافعية داخل شكل مختصر يناسب الاتصال المحدود بالعميل، ويشار إلى الشكل المختصر فى هذا الكتاب (يشار إليه فى مكان آخر بـ"التفاوض المختصر") بتعديل مقابلة الدافعية (مقابلات الدافعية المعدلة AMI; Rollnick & Miller, 1995)[1]. وقد طور رولنيك Rollnick وآخرون تكنيكات تعتمد على مقابلة الدافعية مفصلة للمقابلات القصيرة. أحد الأمثلة هى استراتيجية من صفر إلى عشرة درجات الثقة / الأهمية (مثل مقياس الاستعداد) الموصوفة فى مكان آخر فى هذا الكتاب، والتى تتيح للطبيب وباقى ممارسى الرعاية الصحية تقييم دافعية المريض أو العميل وتيسير حركته على طول متصل التغيير (Butler et al., 1999; Rollnick, Mason & Butler,1999). والخاصية المفيدة لهذه التكنيكات هى طبيعتها الشاملة، والتى تتناسب جيداً مع الإطار الطبى العام لاتخاذ القرار.

وتعد التعديلات المختصرة لمقابلة الدافعية (انظـر الفصل الثامن عشر أيضًا) مميزة عن مقابلة الدافعية الكاملة من أوجه عدة:

أولاً، عندمـا يكون هناك اتصـال مـحدود بالعـميل سـواء بمعنى المدة أو التكرار، حيث لا يكون من المناسب عامـةً توظيف تكنيكات مقـابلة الدافعية ذات المدى الكامل كما لا توجد إمكانية لبناء علاقة علاجية عميقة ربما تكون مطلوبة لزيادة الكفاءة العلاجية.

---

١ AMI: Adaptation of Motivational Interviewing.

مثال، فى المواقف الطبية، قد لا يملك الإكلينيكيون الوقت اللازم للاستكشاف الكامل لتناقض المريض الوجدانى أو الدخول فى إنصات متمعن ممتد. وفى بعض الحالات، يكون هدف التدخلات المختصرة هو ببساطة جعل المريض يقبل التحويل إلى متخصص آخر أو التفكير فى عمل تغييرات فى المستقبل.

طريقة عمل مقابلة الدافعية ربما فى المواقف الطبية والصحة العامة، حيث قد تكون جزءاً من تدخلات متعددة المكونات تتضمن مواد تعليمية، وكذلك تفاعلات جماعية وفردية غير مقابلة الدافعية (Glasgow, Whitlock, Eakin, & Licht- stein, 2000; Resnicow, Coleman-Wallace, et al., 2000; Resnicow, Jackson, et al., 2001).

بالإضافة إلى أن مقابلة الدافعية كثيراً ما تتم عبر التليفون

(Berg-Smith et al., 1999; Glasgow et al., 2000; Ludman, Curry, Meyer, & Taplin, 1999; Resnicow, Coleman-Wallace, et al., 2000; Resnicow et al., in press; Resnicow, Jackson, et al., 2001; Sims, Smith, Duffy, & Hilton, 1998; Taplin et al., 2000; Woollard et al., 1995).

وعند إجراء مقابلة الدافعية عبر التليفون يتعامل كل من المرشدين والعملاء مع هاديات غير لفظية محدودة؛ ومن ثم عمق فى العلاقة العلاجية محدود، ولذلك قد تتعرض كفاءة العلاج للخطر (Soet & Basch, 1997)، وتحتاج كفاءة تكلفة التدخل من خلال الهاتف مقابل اللقاء المباشر لمزيد من الدراسة.

الارتقاء المهنى وقضايا التدريب

فى مجال الإدمان، تتم تدخلات مقابلة الدافعية نموذجياً من خلال أفراد مدربين فى علم النفس أو الإرشاد، وغالباً ما يمثل تدريب مثل هؤلاء المتخصصين على استخدام مقابلة الدافعية مجرد تحسين رهيف للمهارات. وعلى الرغم من أنه داخل المواقف الطبية ومواقف الصحة العامة يوظف أخصائيون نفسيون ومتخصصون فى العمل الاجتماعى (Ludman et al., 1999; Resnicow et al., in press; Smith et al., 1997; Velasquez et al., 2000).

فمن الشائع أكثر أن يقوم بمقابلة الدافعية المرضون (Doherty, Hall, James, Roberts, & Simpson, 2000; Velasquez et al., 2000; Woollard et al.,1995)، والأطباء (Doherty et al., 2000; Rollnick et al., 1997) وأخصائيو التغذية، (Berg-Smith et al., 1999; Mhurchu, Margetts, & Speller, 1998; Resnicow, Coleman-Wallace, et al., 2000; Resnicow, Jackson, et al., 2001)، أو المعلمون الصحيون (Harland et al., 1999)، بالنسبة لهذه المهن، قد يمثل تعلم مقابلة الدافعية إعادة توجيه كاملة لأدائهم ومهاراتهم (Emmons & Rollnick, 2001; Rollnick, 1996)، فالإكلينيكيون والمرضون وأخصائيو التغذية يدربون بشكل تقليدى لتقديم المشورة المتخصصة (غالبًا دون طلب) عن مكاسب التغيير الصحى للسلوك (Goldstein et al.,1998)، وتعتمد هذه الأنظمة بشكل أساسى على طرق تلقينية ومشاركة للمعلومات (Glanz, 1979; Rollnick, 1996)، وأحيانا ما يذهب المرضون وأخصائيو التغذية أبعد من تقديم المشورة من خلال تعليم المرضى، بطريقة إلزامية، الخطوات التى يمكن أن يتخذوها للتغيير الصحى للسلوك. وثمة تحد لكثير من ممارسى الرعاية الصحية هو تطوير مقابلة دافعية ذات روح أكثر تسهيلاً وتعاونًا بدلاً من التكنيكات المباشرة الأكثر إلزامية والمتمركزة حول الممارس، والتى توظف بشكل تقليدى فى المواقف الطبية، وهو ما يمثل حاجزًا مهولاً أمام تدريب الممارسين الطبيين وممارسى الصحة العامة.

يمكن توضيح المقارنة بين مقابلة الدافعية والتعليم التقليدى للمريض أو النموذج الطبى من خلال مسألة كيفية تقديم المعلومات. ففى المنظومة التقليدية غالبًا ما يقدم الممارس معلومات عن مخاطر استمرار سلوك ما أو مكاسب تغييره بقصد الإقناع، وربما يتضمن هذا عبارات (بشكل أكثر دقة إغراءات) مثل "هذا مهم جدًا لصحتك لأن........" "هذا السلوك يمثل خطورة كبيرة" "من المهم أن تغير لأن......" والتفسير التقييمى موجود ضمنيًا فى مثل هذه العبارات. وفى المقابل، تقدم المعلومات داخل مقابلة الدافعية بطريقة طبيعية أكثر ويطلب من العميل أن يقوم بعمل التفسير، وقد يقول الممارس للعميل الذى لم يتمرن إن "هناك بعض الدراسات التى وجدت أن الأفراد الذين يسيرون ميلين أو أكثر أسبوعيًا معرضون لمرض القلب نصف ما يتعرض له أولئك الذين يسيرون أقل من ميل، ما رأيك فى ذلك؟" أو بدلاً من قول إن "من المهم بالنسبة لك

أن تقلع عن التدخين لأن....." قد يدرب الممارس ليقول "هى حقيقة أن التدخين يمكن أن يزيد من احتمال تعرض العميل لأزمة قلبية أخرى، وقد رأيت ذلك يحدث لعديد من مرضاى، ولكن المهم بالنسبة لى هو ما تراه فى ذلك". وهكذا يحتاج كثير من ممارسى الرعاية الصحية للتدرب على تجنب الإقناع بالرسائل الصحية "الجاهزة" وبدلاً من ذلك يسمحون للعميل بمعالجة المعلومات وإيجاد ما يتعلق به فيها وتقييم مخاطرها ومكاسبها ويقنع نفسه بالتغيير بدلاً من أن يقنعه الممارس (انظر الفصل الثامن عشر: Rollinick et al.,1999).

التحدى الآخر الذى يواجه الممارسين الطبيين والصحة العامة هو كم الوقت المتاح للتدريب على مقابلة الدافعية (Emmons & Rollnick, 2001; Stott et al., 1995; Velasquez et al., 2000). حيث يمثل الوقت المحدود للتدريب ومتابعة الإشراف صعوبة لبعض مقدمى الرعاية الصحية لـ"استثمار" فلسفة مقابلة الدافعية، وبالتالى يصعب أن يختبروا كفاءة هذا المنحى، (Pill, Rees, Stott, & Rollnick, 1999)، فمثلاً درب ستوت وزملاؤه (Stott et al, 1995) ممارسين لعمل تعديلات فى مقابلة الدافعية لتوجيهها إلى رعاية مرضى السكرى باستخدام منحى "متمركز حول العميل"، وبالتالى تم عقد عدد من جلسات التدريب ومناقشة استراتيجياته مع ممارسين. فى حين اختار غالبية الممارسين من اثنتين إلى ثلاث جلسات تدريب استغرقت كل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف، طلب عدد قليل منهم تدريباً إضافيًا، وكان الممارسون على استعداد لمشاهدة تجارب لعب الدور، ومع ذلك كان قليل منهم من يريد ممارسة هذه المهارات. وقام فيلاسكويز وزملاؤه (Velasques et al, 2000) بتدريب مجموعات عديدة من ممرضى الصحة العامة، جميعهم شارك فى لعب أدوار ونواحٍ تجريبية من التدريب، فى حين سجل هؤلاء المرضون مستويات مرتفعة من الرضا عن استراتيجيات مقابلة الدافعية، ووجد عديد منهم صعوبة فى التنفيذ الفعلى لهذا الأسلوب من التدخل مع عملائهم بسبب تنافس حاجات رعاية المريض وضيق الوقت ونقص الثقة. فى النهاية، قد لا يتوفر إشراف متواصل قوى أو صارم فى مثل هذه المواقف (Borrelli et al., 1998; Pill et al., 1999; Velasquez et al., 2000).

والسؤال الإكلينيكي والبحثي المفتاحي الذي بحاجة إلى تحديد هو المدى الذي يمكن عنده لمثل هؤلاء المتخصصين أن يكونوا "جاهزين" ليصبحوا مرشدين ماهرين في مقابلة الدافعية. الممارسون الذين لم يتعلموا بشكل أولي في الإرشاد المتمركز حول العميل ربما يكونون قادرين على تعلم التكنيكات الأساسية لمقابلة الدافعية، ولكن بدون تدريب شامل ربما لا يكونون قادرين على إنجاز الكل الذي هو أكبر من مجموع أجزائه. تعد المهارات التقنية ضرورية لكنها ليست كافية لتحقيق روح مقابلة الدافعية. بينما يكون مثل هولاء المتخصصين، مع قليل من ساعات أو أيام التدريب، قادرين على توظيف بعض مهارات مقابلة الدافعية واستراتيجياتها (مثل، توجيه أسئلة مفتوحة النهاية ووضع جداول أعمال والحصول على إذن والتقليل من المشورة غير المطلوبة والإنصات المتمعن الأساسي)، فإن إدارة مستوى أعمق من التمعن وتدبر أمر عبارات المقاومة أو العملاء المقاومين وتطبيق مقابلة الدافعية عبر مدى عريض من السلوكيات الصحية التي غالبًا ما تتطلب درجة من التدريب والممارسة والإشراف الذي لا يكون عمليًا في معظم مواقف الرعاية الصحية. ينظر الفصل السادس عشر إلى المستقبل ويناقش بعض طرق حل مثل هذه القضايا.

وفي حين يعد قبول الممارسين لأسلوب مقابلة الدافعية مهمًا، من الجوهري أيضًا أخذ وجهات نظر المرضى في الاعتبار، ففي دراسات ضم فيها المرضون أسلوب الدافعية في عملية الإرشاد، سجل المرضى مستوى مرتفعًا من الرضا عن التدخل (Borrelli et al., 1998; Emmons et al., in press) وبالمثل أظهرت دراسة إدراكات المرضى لمشورة الطبيب للتوقف عن التدخين أن المرضى الذين كانوا أكثر تقبلاً هم أولئك الذين وضعت التدخلات معهم تقبل المريض في الاعتبار، وكان الحديث بلهجة تنم عن الاحترام وتجنب الوعظ وإظهار الرعاية والمساندة للمريض (Butler, Rollnick, Pill, Maggs-Rapport, & Stott, 1998). والحقيقة أن تدخلات مقابلة الدافعية قد ينتج عنها علاقات حسنة بين مقدم الخدمة والمريض وتؤدى إلى رضا أعلى للمستهلك يمكن أن تمثل نقطة تسويق قوية محتملة بالنسبة لمقدمى الإرشاد ووكالات الرعاية الصحية.

التغيير فى إنقاص الوزن والنشاط البدنى

تتضمن الفروق الدقيقة المصاحبة لتغيير أساليب إنقاص الوزن والنشاط البدنى المتعلقة بمقابلة الدافعية حقيقة أن هذه السلوكيات تنطوى عامةً على تعديل أكثر منه إلغاء؛ وإعادة تشكيل أكثر منه توقف. فبينما لا يوجد عامة " يوم توقف "، قد توجد أهداف سلوكية عملية مثل خمس وجبات من الفاكهة والخضروات يوميًا وبلوغ حد يومى من السعرات الحرارية والدهون أو التمرن عدد محدد من الأيام أو الدقائق أسبوعيًا. علاوة على ذلك قد يكون إنقاص الوزن والنشاط البدنى عناصر من برامج متعددة المكونات لخفض عوامل خطورة مثل السكرى وضغط الدم المرتفع والسمنة وتكرار الإصابة بأمراض القلب. ويجب أن تكون التغييرات فى هذه المجالات، خاصةً بالنسبة للوقاية الثانوية، على المدى الطويل إن لم يكن طول العمر: مثل الحد من تناول الوجبات المشبعة بالدهون بالنسبة لفرد لديه دهون فى الدم، ومن ثم قد يتركز التناقض الوجدانى حول عبء طويل المدى من التغيير، يمكن أن تركز مقابلة الدافعية بالنسبة لمثل هؤلاء الأفراد على مساعدتهم على تخطى الطبيعة المزمنة لحالتهم وتحديد طرق لخفض ما يمكن إدراكه بوصفه عبئًا لا يمكن تحمله. بالإضافة إلى ذلك، على الرغم من أنها لا تعد عامةً سلوكيات إدمانية، فإن الإقلاع عن أو الإقلال من تناول أطعمة معينة أو تقليل سلوكيات جلوس مفضلة غالبًا ما يدرك بوصفه غير ممتع أو تضحية، ويمكن أن تظهر مثل هذه التغييرات ما يشبه أعراض الانسحاب. وبالتالى قد يساعد الهدف المفتاحى لمرشد مقابلة الدافعية العميل فى إعادة تشكيل التغيير بمعانٍ إيجابية – مثل: ما المكسب مقابل ما الخسارة – وكذلك تصوير التغيير فى ضوء معانٍ أخرى من المتعة، مثل: التأثير على القلق حول خطورة المرض أو خفض القلق حول المرض بدلاً من التركيز على مذاق القرنبيط.

تم تحديد خمس دراسات ذات نتائج مضبوطة(١) ودراسة ذات نتائج غير مضبوطة تستخدم مقابلة الدافعية لتعديل سلوكيات إنقاص الوزن والنشاط البدنى (معظم الدراسات المضبوطة المنشورة تمت مراجعتها بالتفصيل فى الفصل السادس عشر، ولذلك سيتم

تناولها باختصار هنا)، علاوة على ذلك يوجد عدد من الدراسات المستمرة فى الولايات المتحدة والخارج التى ستكتمل خلال السنوات القليلة القادمة. تتضمن الدراسات أربع محاولات للوقاية الثانوية لمرضى السكر أو زيادة الدهون أو ضغط الدم (Berg-Smith et al., 1999; Mhurchu et al., 1998; Smith et al., 1997; Woollard et al., 1995) ومحاولتين للوقاية الأولية فى مجموعات من الأسوياء (Harland et al., 1999; Resnicow, Coleman-Wallace, et al., 2000; Resnicow, Jackson, et al., 2001).

كانت المحاولة الأولى من محاولات الوقاية الثانوية دراسة استطلاعية أجراها سميث وزملاؤه (smith et al, 1997)، اثنتان وعشرون سيدة مريضة بالسكرى تم اختيارهن عشوائيًا لتلقى برنامج سلوكى جمعى للتحكم فى الوزن لمدة ١٦ أسبوعًا أو نفس البرنامج مع إضافة ثلاث جلسات فردية من مقابلة الدافعية، وتم إجراء جلسات مقابلة الدافعية من خلال أخصائيين نفسيين ذوى خبرة. تضمنت مقابلة الدافعية جلسة واحدة قبل العلاج الجمعى واثنتين فى منتصف العلاج، وقد اشتملت الجلسات على توفير مردود فردى على مراقبة نسبة السكر فى الدم. فى الاختبار البعدى، أظهرت السيدات فى مجموعة مقابلة الدافعية تحسنًا دالاً فى مراقبة سكر الدم من مجموعة البرنامج المعيارى وكن أكثر ترجيحًا لتخفيض نسبة الجلوكوز فى دمهن، كما أظهرت مجموعة مقابلة الدافعية أيضًا حضورًا للجلسات مرتفعًا بشكل أكثر دلالة واتجهن إلى مزيد من إنقاص الوزن والتدوين اليومى للنشاط.

اختار مورشو وزملاؤه (Mhurchu et al, 1998) عشوائيًا ١٢١ مريضًا بزيادة الدهون، والذى يكون فى العادة ثانويًا لأمراض شرايين القلب، نفس أخصائى التغذية قابل المرضى لمدة ثلاث جلسات إما باستخدام إرشاد مبنى على مقابلة الدافعية أو البرنامج المعيارى لإنقاص الوزن، بعد ثلاثة شهور من المتابعة لم توجد فروق دالة بين المجموعات على أى من النتائج الرئيسية.

كما سجل وولارد وزملاؤه (Woollard et al, 1995) عشوائيًا (١٩٩٥) ١٦٦ مريضًا بضغط الدم المرتفع فى عيادات الممارسات الطبية العامة لتلقى إما مقابلة دافعية "مرتفعة"

تتكون من ست جلسات لمدة ٤٥ دقيقة كل أربع أسابيع أو مقابلة دافعية منخفضة تتكون من جلسة واحدة وجهًا لوجه بالإضافة إلى خمس جلسات مختصرة من خلال الهاتف، وقد تلقت كلتا المجموعتين رعاية الممارسة العامة المعتادة بالإضافة إلى دليل تعليمى، وأيضًا تمت الاستعانة بمجموعة ضابطة تتلقى رعاية ممارسة عامة فقط. بعد الأسبوع الثامن عشر من المتابعة لم توجد فروق دالة بين مجموعتى مقابلة الدافعية، ومع ذلك حصلت مجموعتا مقابلة الدافعية على نتائج أفضل من المجموعة الضابطة.

فى النهاية، فى دراسة برنامج التغذية فى الطفولة، دُرس أطفال تراوحت أعمارهم ما بين ثمان إلى عشر سنوات، يعانون من ارتفاع نسبة كوليسترول (LDL) فى الدم، تلقوا برنامج للتغذية لمدة ثلاث سنوات (Berg-Smith et al., 1999)، وكمجموعة تتجه نحو المراهقة، أضاف الباحثون برنامجًا لمقابلة الدافعية "لـ "تجديد" مؤازرة برنامج التغذية الموصوف بين مجموعة البرنامج الأصلى (لم يكن هناك مجموعة ضابطة فى تلك المرحلة). كان المرشدون مثقفين صحيين وأخصائى تغذية فى مستوى تمهيدى ماجستير ممن تلقوا ثمانى عشرة ساعة من التدريب، وكان هناك واحد فى كل جلسة مع العميل مباشرةً وواحد فى جلسة المتابعة سواء مباشرة مع العميل أو من خلال الهاتف؛ أشارت البيانات من أول ١٢٧ من الشباب الذين أكملوا جلستين أن نسبة السعرات من الدهون والكوليسترول الغذائى (تم تقييمها عبر ثلاثة أيام مضت) أن هناك انخفاضًا دالاً فى نسبة الكوليسترول بعد ثلاثة أشهر من المتابعة كما تحسنت درجات المؤازرة بشكل عام، وكان رضا المراهقين عن برنامج مقابلة الدافعية مرتفعًا. العنصر الفريد فى التدخل هو التفصيل الرائع الذى قدمه المؤلفون المتعلق بالأساس النظرى للتدخل (Berg-Smith et al., 1999)

فيما يتعلق بالوقاية الأولية، استدعى هارلاند وزملاؤه (Harland et al, 1999) ٥٢٣ مريضًا فى عيادات الممارسة الطبية العامة لتقييم كفاءة مقابلة الدافعية لحفز النشاط البدنى، كان مجتمع الدراسة ميالاً للجلوس وقلة الحركة غير أنه فى صحة جيدة فيما عدا هذا، وظفت الدراسة أربع مجموعات للتدخل، تلقت مجموعتان جلسة مقابلة دافعية لمدة أربعين دقيقة وتلقت المجموعتان الأخريان ست جلسات مقابلة

دافعية لمدة أربعين دقيقة أيضًا خلال اثنى عشر أسبوعًا، كما تلقى حوالى نصف المشاركين فى مجموعات مقابلة الدافعية تذاكر لفصول تمرينات الأيروبك الرياضية وكان هناك أيضًا مجموعة ضابطة لم تتلقَ مقابلة دافعية. كانت درجة النشاط البدنى تقيم من خلال استبيان للتمرين البدنى يملأ بعد الأسبوع الثانى عشر والسنة الأولى من المتابعة. فى نهاية الأسبوع الثانى عشر من المتابعة كان هناك تحسن دال فى هذه الدرجة فى مجموعات التدخل الأربع بالنسبة للمجموعة الضابطة (٣٨٪ تحسن مقابل ١٦٪)، لكن لا توجد فروق دالة بين مجموعات مقابلة الدافعية "المرتفعة" و"المنخفضة" بعد عام من المتابعة، ولا توجد فروق دالة فى النشاط البدنى بين مجموعات التدخل سواء مجتمعة أو منفصلة بالنسبة للمجموعة الضابطة، وكان ذلك بسبب التدهور فى تأثيرات مجموعة التدخل، وكذلك التحسن الطفيف بين المجموعة الضابطة.

أكمل ريسنيكو وزملاؤه (Resnicow, Coleman-Wallace, et al., 2000; Resnicow, Jackson, et al., 2001) حديثًا محاولة "الأكل من أجل الحياة" (EFL)[١] وهو برنامج متعدد المكونات لزيادة استهلاك الفاكهة والخضروات بين الراشدين الأفروأمريكيين من خلال كنائس السود. تم تسجيل أربع عشرة كنيسة عشوائيًا على ثلاثة أنواع من العلاج:

١- المقارن.

٢- برنامج المساعدة الذاتية المفصل ثقافيًا مع هادية هاتفية واحدة.

٣- برنامج مساعدة ذاتية مع مكالمة هادية واحدة وثلاث مكالمات مقابلة دافعية، وكان الهدف من المكالمات الهادية هى زيادة استخدام مواد برنامج المساعدة الذاتية ولم يصمم بوصفه اتصال مقابلة دافعية.

اشترك مرشدو مقابلة الدافعية، الذين كانوا إما مسجلين كأخصائيى تغذية أو كمتدربين نهائيين على التغذية فى ثلاث جلسات تدريب لمدة ساعتين أجراها المؤلف الأول

---

١ Eat for life.

(ريسينكو) ولاحظ الأداء فى نهاية آخر لقائين إرشاديين بالهاتف قبل منح شهادة الإجازة. وقد تلقى المتدربون إشرافًا مستمراً من فريق فى مستوى الدكتوراه، كانت النتائج الأولية لتناول الفاكهة والخضروات عند مستوى الخط القاعدى وعام من المتابعة من خلال استبيانات تكرار الطعام (Resnicow, Odom, et al., 2000) تظهر تغيراً دالاً فى مجموعة مقابلة الدافعية أكبر من مجموعات المساعدة الذاتية المقارنة. وكان صافى الفرق بين مجموعة مقابلة الدافعية والمجموعة المقارنة ١,١ من حصص الفاكهة والخضروات يوميًا، بينما كان صافى الفرق بين مقابلة الدافعية ومجموعة المساعدة الذاتية حوالى حصة واحدة فى اليوم من الفاكهة والخضروات. على الرغم من هذه النتائج الواعدة، أشار التحليل الأولى لجلسات مقابلة الدافعية المسجلة صوتيًا ولاءً متوسطًا من قبل المرشدين أخصائيى التغذية والمتدربين فى جزء التغذية لروح وتكنيكات مقابلة الدافعية.

يجرى ريسنيكو وزملاؤه حاليًا دراسة أخرى مبنية على خبرة الأكل من أجل الحياة (Resnicow et al, in press)، بعنوان الجسم السليم والروح السليمة[١]، وهى خبرة موزعة عشوائيًا على ثلاثة ظروف تجريبية؛ تتلقى المجموعة الأولى تغذية ومواد برنامج نشاط بدنى معيارية، وتتلقى المجموعة الثانية برامج نشاط بدنى وتغذية مساعدة ذاتية مفصلة ثقافيًا؛ أما المجموعة الثالثة فتتلقى نفس برنامج المجموعة الثانية بالإضافة إلى أربع مكالمات هاتفية بإرشاد مبنى على مقابلة الدافعية. خلافًا لما فى خبرة الأكل من أجل الحياة، حيث تقدم مقابلة الدافعية من خلال أخصائى تغذية، تقدم مقابلة الدافعية هنا من خلال أخصائى إرشاد نفسى فى مستوى الماجستير تم تدريبهم أصلاً على النموذج المتمركز حول الشخص[٢] لـ R.R.Carkhuff (1969; Carkhuff, Anthony, Can- non, Pierce, & Zigon, 1979).

---

١ Healthy body healthy sprite.

٢ Person centered model.

العنصر الفريد لبرنامج مقابلة الدافعية فى خبرة الجسم السليم والروح السليمة هو استخدام استراتيجية توضيح القيم المبنية على بحث ميلر Miller وباكا (Miller & C,de Baca, 1994)، فى الطريقة الأصلية كان يطلب من العميل فرز قائمة من حوالى سبعين قيمة فى ضوء أهميتها الشخصية وينتقى أهم خمس منها. ويستخدم البروتوكول المراجع مجموعة معدلة ومختصرة من القيم أو الخصائص، كما هو معروض فى جدول (١٧-١)، حيث يطلب من العملاء أن يناقشوا باختصار لماذا تعد القيم والأهداف التى اختاروها مهمة بالنسبة لهم، ثم يكتشفون ما الرابط، إذا كان هناك أى رابط، الذى يرونه بين سلوكهم الصحى الحالى وقدرتهم على تحقيق هذه الأهداف أو معايشة هذه القيم. أو بدلاً من ذلك قد يسأل المرشد العملاء كيف يمكن أن يكون سلوكهم الصحى الحالى مرتبطاً بأهدافهم وقيمهم. النتائج المبدئية لاستخدام هذه الاستراتيجية تبدو مبشرة. كما يلاحظ أنه فى عملية ربط السلوك الصحى بالقيم الجوهرية يتم استثارة الكثير من حديث التغيير.

جدول (١٧-١) قائمة القيم والخصائص والأهداف ومعدلات اتفاقها مع مشروع الجسم السليم والروح السليمة

القيمة أو الخاصية أو الهـدف	معدل الاتفاق (٪)	القيمة أو الخاصية أو الهـدف	معدل الاتفاق (٪)
والد جيد	٤٩	جـذب	٥
زوج أو شريك جيد	٣٨	منظـم	١٦
عضو مجتمع جيد	١٣	مسئول	٢٢
قـوى	١٣	متحكم	١٠
على رأس الأمور	٧	محترم فى العمل	٨
كـفء	٨	ريـاضى	٢
روحانى	٥٥	ليس منافقاً	٧
محترم فى المنزل	٤	نشيط	١٠
مسيحى جيد	٤٦	مراعٍ	١٨
نـاجـح	١٣	شبابى	٣
مسـتقل	١٦		

ملحوظة: ن= ١٣٥ , تمثل النسب معدل الاتفاق من خلال المشاركين فى مشروع الجسم السليم والروح السليمة حتى الآن لكل القيم الجوهرية.

فرق واحد بين مشروع الطعام من أجل الحياة ومشروع الجسم السليم والروح السليمة، حيث يحول المرشدون كثيراً من العملاء إلى مشروع أخصائيى التغذية من أجل متابعة إضافية للتغذية مثل المعلومات عن أمراض السكر وضبط الوزن، وبالتالى، على الرغم من الاستعانة بمرشدين ميسرين، مقابل أخصائيى التغذية، لتقديم مقابلة الدافعية إلى برنامج ذى مصداقية مرتفعة، حقيقة أن هؤلاء المرشدين ليس لديهم خبرة كبيرة فى التغذية أو إرشاد التمرينات الرياضية أدى إلى ضرورة عمل كثير من المتابعة الإضافية.

باختصار، الدليل على كفاءة مقابلة الدافعية فى مجال النظام الغذائى والتمرينات الرياضية مختلط، مع توافر دراستين تشيران إلى ميزة ضعيفة لمقابلة الدافعية على العلاجات المقارنة أو لا يوجد فرق (Harland et al., 1999; Mhurchu et al., 1998)، وتظهر أربع دراسات تأثيرات فعالة (Berg-Smith et al., 1999; Resnicow, Jackson, et al., 2001; Smith et al., 1997; Woollard et al.,995). وعلى الرغم من التأثيرات الإيجابية الملحوظة فى هذه الدراسات الأربع، فإن الصدق الداخلى مهدد بحقيقة أن برامج مقابلة الدافعية كانت إضافية بالنسبة لباقى البرامج (أو دراسة برنامج النظام الغذائى فى الطفولة لم تكن بها مجموعة ضابطة). لم يتم مقارنة اتصال العميل عبر الظروف المختلفة كما لم تتلق المجموعات المقارنة أى إرشاد بديل. فى النهاية، فى دراستين أخفقت الجرعة المرتفعة من مقابلة الدافعية فى عمل تأثيرات علاجية أكبر (Harland et al., 1999; Woollard et al., 1995) تثير هذه النتائج معاً تساؤلات حول المدى الذى يمكن عنده أن تسهم التأثيرات العلاجية لمقابلة الدافعية مقابل تأثيرات الاهتمام أو العناصر العامة للإرشاد النفسى التى لا تنفرد بها مقابلة الدافعية (مثل المواجدة). بالإضافة إلى أن مصداقية التدخل عامة لم تقيم بشكل متساوٍ أو لم تضبط، وبالتالى قد تؤدى النتائج الضعيفة أو السلبية إلى تقديم برنامج ردىء كمقابل لبرنامج غير فعال فى حد ذاته (انظر الفصل السادس عشر).

الأسئلة المفتاحية التى تفيد الفحص فى هذا المجال تتضمن ما يلى: أى المهن التى لديها إرادة وقدرة أكثر على القيام ببرامج مقابلة الدافعية بكفاءة؟ فمثلاً، هل أخصائيو التغذية والتمرينات الرياضية هم أفضل المرشحين أم أن مثل هذه البرامج يفضل أن تتم من خلال أفراد لهم خلفية بالإرشاد؟ ما المهم أكثر: محتوى معرفى معين لدى الممارس أم مهارة وأسلوب إرشادى؟

التوقف عن التدخين

تعد قضايا الدافعية مهمة ليس فقط فى قرار محاولة التوقف بل أيضًا فى زيادة الالتزام العلاجى وخفض الانتكاسة، ولذلك قد يكون لمقابلة الدافعية دور عبر متصل التحكم فى التدخين بالكامل. على الرغم من أن العلاجات الدوائية والخطوط الإرشادية بدت فعالة فى مساعدة المدخنين ذوى الدافعية على التوقف (قسم الصحة والخدمات الإنسانية، الولايات المتحدة، ٢٠٠٠)، تعد هذه العلاجات أقل فائدة للمدخنين الأقل دافعية للتوقف، والذين لديهم دافعية للتوقف يمثلون الأقلية من المدخنين Richmond, (Bell, Rollnick, & Heather, 1996; Velicer & DiClemente,1993)) وفى الرعاية الطبية الروتينية من المرجح أكثر أن يقابل ممارسو الرعاية الصحية المدخنين ذوى الدافعية المنخفضة للتوقف، ولذلك توجد حاجة لاستراتيجيات لمساعدة الإكلينيكيين للعمل مع المدخنين ذوى الدافعية المنخفضة والتناقض الوجدانى.

الرعاية المعيارية عادة ما تأخذ شكل مشورة الطبيب، الذى يعد منحى يعتمد على فكرة الوصفة (الروشتة) بشكل واسع، وعندما يكرر عبر الوقت قد يقوض بالفعل محاولات التوقف ويزيد من مقاومة المريض واستنزافه (Butler, pill,& Stott,1998) وبدلاً من ذلك يقترح باتلر وبل ستوت أن يضع الممارسون فى اعتبارهم تقبل المدخنين وتقديم المساندة بطريقة محترمة وغير حكمية.

يوجد عديد من الدراسات المنشورة التى استخدمت تعديلات مقابلة الدافعية للتوقف عن التدخين خاصة فى المواقف الإكلينيكية (Butler et al., 1999; Colby et al.,

1998; Ershoff et al., Glasgow et al., 2000; Lando, 2001; Velasques et al., 2000)، (لمزيد من التفاصيل انظر الفصل السادس عشر).

يقيم بوريلى وزملاؤه (Borrelli et al, 1998) حاليًا نتائج التوقف قصيرة المدى وطويلة المدى (اثنى عشر شهرًا بعد العلاج) للمرضى الأكبر سنًا الذين يعالجون فى المنازل (مشروع كارس CARES) حيث يتم الاختيار العشوائى لمرضى الرعاية الصحية المنزلية لتقديم مقابلة دافعية معدلة أو مشورة مختصرة لمرضاهم فى أثناء زيارات الرعاية المنزلية الروتينية التى يقومون بها. ويدرب الممرضون فى جماعة التدخل على تقديم مقابلة دافعية تحتوى على مردود فزيولوجى حول مستويات المريض من أول أكسيد الكربون النافذ، حيث يمكن أن يكون المردود الفزيولوجى آلية قوية لتوضيح التباينات بين الإدراك الشخصى للخطورة والسلوك الحالى، وقد يكون المردود واضحًا بشكل خاص للمدخنين الأكبر سنًا، لأن هذه الجماعة تميل لأن يكون لديها صعوبة فى ربط أعراضهم البدنية بتدخينهم، كما يزيد تدخل الممرضين التفاؤل من التغيير أيضًا من خلال الحديث مع المرضى حول مكاسب التوقف وتأكيد أنه ليس من المتأخر أبدًا التوقف. تشير البيانات الأولية إلى أن التدخل يعد مقبولاً سواء بالنسبة للمرضى أو ممرضى الرعاية الصحية (Emmons et al., in press).

على الرغم من الدور الممكن لمقابلة الدافعية فى جلسات الإرشاد للتوقف عن التدخين، تعد نتائج المحاولات العشوائية حتى الآن مختلطة، فبعض الدراسات ذات النتائج السلبية تعانى من مشكلات منهجية مثل المدة غير المناسبة للتدريب على مقابلة الدافعية أو وصف غير مناسب لهذا التدريب مقابلة الدافعية أو نقص الإجراءات التى ترصد مصداقية العلاج (Butler et al., 1999)، والمعدلات المنخفضة من إتمام العلاج (Glasgow et al., 2000). سبب آخر للنتائج المختلطة لمقابلة الدافعية للتوقف عن التدخين هو قصر مدة المتابعة (Colby et al., 1998). إذا كان التأكيد فى مقابلة الدافعية غالبًا ما يكون على عمليات اتخاذ القرار للتغيير، وليس التغيير نفسه فحسب، فلابد من تقييم عديد من المؤشرات القريبة للتوقف فى المستقبل مثل مراحل التغيير. وفيما يلى بعض

تساؤلات البحوث التى مازالت مستمرة: أى مكونات مقابلة الدافعية يعد مهمًا للمدخنين؟ هل المردود مكون مهم من مكونات الدافعية وأى أنواع المردود يعد أكثر كفاءة؟ ما المتغيرات المعدلة المهمة؟ هل مقابلة الدافعية أكثر كفاءة مع المدخنين من غيرهم؟

الالتزام بالدواء

يعد فقر الالتزام بتناول الدواء مصدر قلق خاص بالكثير، إن لم يكن بمعظم، الأدوية، تقريبًا عبر كل المجموعات الاجتماعية الاقتصادية. ثم نتناول هذا الموضوع بالتفصيل فى الفصل العشرين. الأفراد الذين يقبلون حالتهم الصحية هم من يكونون قادرين على دمج تناول الدواء فى أسلوب حياتهم، ومن يعانون من حالات صحية حادة ومن يعتقدون أن دواءهم يخفف من أعراضهم أو خطورة مرضهم - كل أولئك لديهم مستويات أعلى من الالتزام بتناول الدواء من أولئك الذين ينكرون مرضهم أو يصلون لمعانٍ سلبية حول تناول الأدوية (Cramer, Mattson, Prevey, Scheyer, & Ouellette, 1989; Creer & Levstek, 1997; DiIorio, Faherty, & Manteuffel, 1994; Shope, 1988; Singh, Squier, Sivek, & Wagener, 1996; Trostle,1988; Turner et al., 1998)، بالإضافة إلى أن الأفراد الذين يعانون من حالات صحية متقطعة وغير قابلة للتنبؤ لديهم مشكلات أكثر مع الالتزام. ومع ذلك بعيداً عن هذه المتغيرات المرضية والمعرفية، عندما سئل أفراد لماذا لا يتناولون دواءهم بانتظام أكثر لاحظوا أنهم ينسون ببساطة تناول الدواء. تتضمن وسائل العلاج المعتادة للنسيان صناديق الأقراص وساعات الإيقاف وأجهزة الاستدعاء والتقويمات واستراتيجيات تخطيط أخرى، ولا تعد أنظمة التذكير فعالة عند إخفاق معدلات الالتزام بسبب التأثيرات الجانبية للدواء والتناقض الوجدانى حول المرض والعلاج والخوف من ضرر العلاج والمعانى السلبية المتعلقة بالأدوية وأعراض المرض غير المتسقة مع تناول الدواء والوصمة.

علاوة على ذلك، على الرغم من أن النسيان يبدو سببًا رئيسيًا فى انخفاض الالتزام بالعلاج، قد يعكس النسيان تناقضًا وجدانيًا مضمرًا حول المرض وعلاجه. فعلى الرغم من مكاسب تناول الدواء قد يرغب بعض الأفراد فى تجنب الآثار الجانبية غير الملائمة المصاحبة وقد لا يرغب الأفراد، انفعاليًا، فى مواجهة حقيقة أنهم مرضى. ربما تكون مقابلة الدافعية فعالة بالنسبة للأفراد الذين يرتبط التزامهم بتناقضهم الوجدانى حول مزايا ومساوئ تناول دوائهم أو الذين لا يستوعبون حالتهم وكل ما تنطوى عليه، إعطاء الفرصة لمثل هؤلاء الأفراد للتعبير عن مصادر قلقهم قد يكون مفيدًا بشكل خاص فى حل انفعالاتهم المختلطة، وكذلك فى التغلب على العوائق الأكثر عملية التى يواجهونها.

فى عديد من الدراسات اختبر كيمب Kemp وزملاؤه استخدام برنامج مبنى على مقابلة الدافعية لحفز الالتزام بالدواء بين ذهانيين (Hayward, Chan, Kemp, & Youle, 1995; Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, &David, 1996; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998)، وفى دراسة استطلاعية (Hayward et al., 1995) اختبروا منحى مبنيًا على مقابلة الدافعية لتشجيع الالتزام بالدواء بين المرضى الموصوف لهم عقاقير عصبية (نيوروليبتات)[1]. تم تسجيل واحد وعشرين مريضًا بالفصام أو الاضطرابات الوجدانية لعلاج الامتثال أو جلسات مناقشة غير المباشرة، تقابل المعالج المدرب على تكنيكات مقابلة الدافعية مع كل مريض ثلاث جلسات لمدة ثلاثين دقيقة. على الرغم من عدم وجود فروق بين مجموعات العلاج والمجموعات الضابطة فى الاتجاهات نحو الدواء أو الاستبصار أو الامتثال، كان التغيير فى جماعة العلاج فى الاتجاه المتوقع. وفى دراسة ثانية تم تسجيل مرضى فى جناح الطب النفسى لتلقى إما علاج للامتثال مبنى على مبادئ مقابلة الدافعية أو إرشاد نفسى مساند (Kemp et al., 1996). تلقت كل مجموعة من أربع لست جلسات للإرشاد من خلال طبيب نفسى باحث أو أخصائى نفسى إكلينيكى مدرب على تكنيكات مقابلة الدافعية. أظهر المشاركون الذين

---

١ Neuroleptics.

تلقوا مقابلة دافعية تحسنًا أكثر دلالة فى الاتجاهات نحو العلاج بالعقاقير واستبصار أعلى بمرضهم وامتثالاً أكبر لعلاجهم من المشاركين فى الإرشاد المساند بعد ستة شهور من المتابعة. وفى دراسة تالية، أظهر المشاركون الذين تلقوا من أربع لست جلسات علاج للامتثال من خلال معالجين مدربين استبصارًا أعلى بشكل دال واتجاهات أكثر إيجابية نحو العلاج وامتثالاً أعلى بناءً على تقدير ملاحظ، وذلك مقارنة بالمشاركين الذين تلقوا إرشادًا غير محدد. وقد استمرت هذه التغييرات لمدة ثمانية عشر شهرًا من المتابعة (Kemp et al., 1998).

يجرى ديليريو Dilorio وزملاؤه حاليًا (١٩٩٤) دراسة استخدام مقابلة الدافعية لحفز الالتزام بالأدوية المضادة لفيروسات بين مرضى الإيدز، فى مشروع بعنوان " انشغل بالحياة " وهو عبارة عن مجموعة واحدة تتلقى تعليم الالتزام بالشكل المعتاد ومجموعة أخرى تتلقى تعليمًا معتادًا من ممرض بالإضافة إلى جلسة مقابلة دافعية وجهًا لوجه متبوعة بأربع جلسات إرشاد تليفونية عبر ثلاثة شهور. تلقى المرضون ثلاث جلسات تدريب مدة الجلسة أربع ساعات وكان تقييمهم يتم باستخدام " مريض معيارى " قبل البدء فى البرنامج. وكجزء من كل جلسة، يطلب من المشاركين تقديرهم لمدى دافعيتهم لتناول كل من أدوية الإيدز (تصل إلى أربعة) ثم يطلب منهم تقدير ثقتهم فى تناول كل دواء من الأدوية، ويكملون أيضًا قائمة نشاط توضيح القيم الموصوفة مبكرًا للمساعدة فى ربط التزامهم الطبى وصحتهم بقيم وأهداف الحياة الأساسية الأخرى. تستخدم المعلومات الناتجة من هذه التقييمات لإظهار الفروق بين الدافعية والسلوك واستراتيجيات تقوية الالتزام.

وهكذا يبدو أن مقابلة الدافعية لديها دور ممكن مفيد فى مساعدة الأفراد لتحسين التزامهم بالدواء لا سيما من خلال استكشاف مزاياها ومساوئها ومن خلال إظهار المخاوف والقلق المضمر عن مرضهم. لا يوجد دليل إكلينيكى كافٍ لعمل استنتاجات مؤكدة تتعلق بمتى وكيف تستخدم مقابلة الدافعية بشكل أفضل فى هذا السياق، ومع ذلك ستزيد دراسات حالية من توضيح كثير من هذه القضايا المفتاحية.

الوقاية من الإيدز

يعد فيروس نقص المناعة المكتسب (الإيدز– HIV) هو المشكلة الصحية رقم واحد فى العالم اليوم، وأكثر الأسباب الشائعة للعدوى بالإيدز هو مشاركة الإبر غير المعقمة بين متعاطى المخدرات والعلاقة الجنسية غير الآمنة. ومع غياب فرص الشفاء والتطعيم تظل المناحى السلوكية هى الأفضل وأكثر البرامج السلوكية كفاءة فى الإيدز تبنى حاليًا على نظريات سلوكية معرفية (Kelly, 1995; NIMH Maltisite HIV Prevention Trial, 1998). ومع ذلك تفترض هذه البرامج أن المشاركين فى "مرحلة الفعل" مستعدون للتغيير ويحظى بقليل من الاهتمام الأفراد غير الواعين بخطورة العدوى أو من يعتقدون أن سلوكهم لا يضعهم فى خطر، ولذلك قد يكون لمقابلة الدافعية دور واعد وقد كشفت عديد من الدراسات تطبيقاتها فى هذا الصدد.

سجل كارى وزملاؤه (Carey et al, 1997) عشوائيًا ١٠٢ سيدة معرضة لخطر العدوى بفيروس الإيدز فى مجموعة للعلاج أو مجموعة ضابطة فى قائمة الانتظار، تقابلت مجموعة العلاج فى جماعات مكونة من ٨ إلى ١٢ مشاركًا لأربع جلسات كل جلسة تسعون دقيقة، وقد قام بالبرنامج اثنان من المعالجين المدربين؛ وتضمن البرنامج استثارة عبارات الدافعية الذاتية وتلخيص نواحى القلق المتعلقة بخطر فيروس الإيدز ومردودًا حول السلوكيات. أظهرت المشاركات فى مجموعة البرنامج مقارنة بالمشاركات فى المجموعة الضابطة زيادات دالة فى المعرفة بفيروس الإيدز والوعى بخطورته والاهتمام ونيات لعمل علاقات جنسية أكثر أمانًا؛ وقد انخرطن فى أفعال جنسية غير آمنة أقل.

كرر كارى وزملاؤه (٢٠٠٠) دراستهم الأولى بالاستعانة بعينة ثانية من ١٠٢ سيدة منخفضة الدخل، تلقت السيدات فى المجموعة الضابطة برنامج لتعزيز الصحة من أربع جلسات. زادت معرفة المشاركات فى مجموعة العلاج بالسلوكيات الخطرة ونياتهن لخفضها. وعلى الرغم من عدم وجود فروق بين مجموعات العلاج والمجموعات الضابطة بالنسبة للنتائج الأخرى، فإن المشاركات فى البرنامج اللاتى كانت نياتهن

أقل من المطلوب فى استخدام الواقى الذكرى، تحدثن أكثر إلى شركائهن حول الواقى الذكرى وفحص فيروس الإيدز وكن أكثر ترجيحًا لرفض الجنس غير الآمن.

كما استخدم بلشر وزملاؤه (Belcher et al, 1998) مقابلة الدافعية كأساس لجلسة واحدة لمدة ساعتين لتعزيز ممارسات خفض خطورة التعرض لفيروس الإيدز بين سيدات أوروبيات منخفضات الدخل، ووجدوا أن معرفة المشاركات وكفاءاتهن الذاتية لم تتحسن عن أولئك فى المجموعة الضابطة اللاتى تلقين جلسة لمدة ساعتين فى التثقيف عن فيروس الإيدز. ومع ذلك سجلت المشاركات فى البرنامج معدلات مرتفعة بشكل دال فى استخدام الواقى الذكرى فى المتابعة. وتشير النتائج فى هذه الدراسات أن هناك دورًا لبرنامج الدافعية فى الوقاية من فيروس الإيدز. ومع أن من الضرورى إجراء مزيد من البحوث لتحديد ما إذا كانت مقابلة الدافعية أكثر فائدة كإضافة لبرامج المجموعة السلوكية المعرفية العادية الشائعة فى الوقاية من فيروس الإيدز أو ما إذا كانت مقابلة الدافعية أكثر كفاءة كبرنامج وحدها. وهناك مسألة مهمة بالنسبة للبحث هى تحديد أى أنواع برامج الوقاية من فيروس الإيدز من الأفضل أن تتم من خلال مرشدى الوقاية من فيروس الإيدز، كمقابل لأولئك الذين لديهم خلفية إرشادية أكثر تعمقًا.

مسائل مرتبطة بعلاج أمراض القلب والسكرى

تعد أمراض السكر والقلب والأوعية الدموية (CVD)[1] أمراضًا مزمنة تعالج بشكل أفضل حين تصبح السلوكيات الصحية مندمجة فى عادات وأسلوب حياة طويل المدى، ويتطلب علاج أمراض السكر وأمراض القلب ضبط كثير من السلوكيات الصحية مثل النظام الغذائى والنشاط البدنى والتدخين، وفى بعض الحالات، مراقبة الذات والالتزام بالدواء. ويجعل تعقيد النظام السلوكى من الصعوبة تقييم التزام المريض ففى الوقت الذى قد يمتثل فيه المرضى لتوصيات معينة لا يمتثلون لتوصيات أخرى.

---

١ Cardio Vascular Disease.

هناك حاجة لدفع المرضى لاتباع هذه الأنظمة العلاجية المعقدة بشكل متسق. وكما لاحظنا مبكرًا، قيم سميث وزملاؤه (Smith et al., 1997) نتيجة إضافة مكونات الدافعية إلى برنامج سلوكي معيارى لعلاج السمنة بين سيدات مصابات بالسكر غير المعتمد على الأنسولين؛ أولئك اللاتى تلقين جلسات دافعية إضافية كان حضورهن فى برنامج العلاج الجمعى أفضل بشكل دال، وكن أكثر التزامًا بملء يوميات الطعام والمراقبة الذاتية لسكر الدم وضبط أكبر لنسبة الجلكوز فى الدم.

عند العمل مع الأفراد ذوى الأمراض المزمنة مثل مرض البول السكرى وأمراض القلب، من المهم تقييم استعداد المريض للالتزام بكل سلوك صحى على حدة، بدلاً من النظر إلى الالتزام بطريقة "الكل أو لا شىء"، لأن ضبط هذه الشروط غالبًا ما ينطوى على سلوكيات متعددة ومعقدة، مع وضع قائمة بأى السلوكيات لها الأولوية فى المعالجة ومتى تكون عناصر برنامج مقابلة الدافعية مهمة بشكل خاص فى هذه السياقات. قد يستفيد المرضى أيضًا من التأكيدات ومن مهارات حل المشكلة لمساعدتهم فى الحفاظ على السلوكيات التى عليهم الالتزام بها وعلى طول استراتيجيات الدافعية التى تساعدهم على فهم أفضل لمخاطر مضاعفات مرضهم.

الفحص

يمثل الحصول على خدمات للفحص اختيارًا سلوكيًا يحدث تجاهه تناقض وجدانى كبير، فقد يتجنب الأفراد اختبارات الفحص، لأنهم يخافون من الأسوأ أو ربما يريدون ببساطة تجنب الألم المصاحب لعدم الراحة المصاحبة لإجراء الفحص أو التكلفة أو الالتزام بالوقت. استخدمت مقابلة الدافعية لتعديل سلوكيات الفحص فى دراستين: تناولت إحداهما زيادة معدلات الفحص للثدى بالأشعة[1] mammogram (Ludman., 1999; Taplin et al., 2000)، وتناولت الأخرى كلاً من تصوير الثدى بالأشعة وفحص

١ Mammogram.

الحمل (Lando et al., 2001)، وقد أجريت الدراستان فى منظمات كبيرة للمحافظة على الصحة بين السيدات اللاتى لم يتلقين خدمات مطلوبة فى إطار الخطوط الإرشادية لـ(HEDIS3.0). وقد أجرى الاتصال المبدئى من خلال البريد الإلكترونى مع متابعة هاتفية بعد شهرين وستة أشهر. كان لكل من الدراستين خطة نصف مقننة، وقد تم إكمال القوائم عند كل لقاء؛ ففى إحدى الدراستين تمت مقارنة نوعين من الاتصالات الهاتفية: اتصال قصير تذكيرى/ مجدول من خمس إلى عشر دقائق واتصال مقابلة دافعية آخر مصمم لتحديد جوانب القلق ومعالجة الحواجز. وقد أجريت البرامج من خلال مرشدين نفسيين فى مستوى الماجستير مع تدريب فى علم النفس، كما كان هناك إشراف متواصل، مع بعض المراجعة للتسجيلات، من خلال المدرب الأولى. كانت كلتا التدخلات الهاتفية متساوية فى فعاليتها فى زيادة معدلات الفحص بالنسبة للسيدات اللاتى لم يتلقين فحصاً بالأشعة خلال مدة عامين. ومع ذلك، كانت مكالمة مقابلة الدافعية أعلى تكلفةً بسبب تكاليف التدريب والإشراف (Fishman, Taplin, Meyer, & Barlow, 2000). قارنت الدراسة الثانية رعاية معتادة (تشمل مكالمات ورسائل تذكير عامة لكثير من السيدات) مع وصول بريد إلكترونى واتصال مقابلة دافعية من خلال الهاتف ووصول من الداخل (محاولة لقاء السيدات فى أثناء زيارات إكلينيكية منتظمة)، حيث تنطوى هذه اللقاءات على مقابلة دافعية (يظهر أنها لم تضف أى كفاءة نظراً لانخفاض معدلات الزيارة الإكلينيكية بين سيدات بحاجة للفحص). بالنسبة للوصول الخارجى والجماعات المنضمة إلى بعضها، كانت الاستجابات المعتادة - بشكل أولى للعوائق والمعتقدات والاستعداد للحصول على الفحص - كتابة خطاب تشجيع للسيدات لوضع جدول للفحص. هؤلاء السيدات تراوحت أعمارهن بين الخمسين والتاسعة والستين، وقد استوفين معيار HEDIS 3.0 المتعلق بالحاجة إلى فحص الثدى بالأشعة. وأجريت التدخلات من خلال متخصصين فى البحث غير مرشدين. وكانت هناك لقاءات متواصلة لمناقشة المسائل المتعلقة بجوانب القلق من التدخل. فى نهاية الـ١٤ شهراً، حصلت السيدات اللاتى تلقين مقابلة دافعية من خلال الوصول الخارجى على معدلات أعلى

بشكل دال فى كلا الاختبارين، وذلك مقارنة بالرعاية المعتادة فى كل الجماعات الفرعية فيما عدا السيدات فوق سن الخامسة والستين. بالنظر إليها معًا، تشير هذه الدراسات إلى أن مقابلة الدافعية تعد استراتيجية واعدة لزيادة استخدام اختبارات الفحص على الأقل بين السيدات ذوات التواريخ القليلة من الفحص.

تطبيقات دولية: وقاية من العدوى

الدراسات التى نوقشت هنا حتى الآن أجريت فى دول متقدمة وصناعية، على الرغم من وجود مشكلات صحية خطيرة فى الدول النامية - مثل أمراض الإسهال والملاريا وسوء التغذية - التى تؤثر بالتالى على كم هائل من الأفراد المحرومين اقتصادياً، لذلك هناك إمكانية لتطبيق مقابلة الدافعية فى هذه المناطق.

أجرى زيفوز Thevos وزملاؤه عديداً من الدراسات فى مجتمعات شبه حضرية إفريقية، حيث يوجد متطوعون صحيون تم تدريبهم على مقابلة الدافعية (Thevos, Kaona, Siajunza, & Quick, 2000; Thevos, Quick, & Yanduli, 2000). ركزت دراساتهم بشكل مبدئى على خفض أمراض الإسهال من خلال معالجة آمنة للمياه وسلوكيات تخزين على مستوى المنزل. كانت الخبرة الأولى لمدة ثمانية أسابيع وقامت بقياس المخلفات المطهرة فى المياه المخزنة منزليًا فى ١٦٦ منزلاً تم اختيارها عشوائيًا (من ١٨٥ منزلاً بدأت بهم الدراسة). تم إجراء إما تثقيفًا صحيًا معياريًا فقط أو مقابلة دافعية معدلة فى زيارات الأسبوع الرابع المنزلية. تلقى المرشدون خمس ساعات من التدريب على مقابلة الدافعية لأكثر من ثلاث جلسات. أظهرت النتائج معدل التزام مرتفع من استخدام المطهر فى كلتا المجموعتين عبر الثمانية أسابيع من التقييم (فى مدى يتراوح من ٧١,١٪ إلى ٩٤,٧٪)، ولم تكن مختلفة إحصائيًا. تتضمن التفسيرات المكنة لكل النتائج الصفرية توفير مطهر حر لكلتا المجموعتين وتحليل إحصائى غير مناسب (Thevos, Quick, & Yanduli, 2000). كما كان هناك عامل آخر

هو عدم كفاية تدريب المتطوعين الصحيين. كان مخطط أصلاً لعمل تدريب من عشر إلى اثنتى عشرة ساعة؛ ومع ذلك، بسبب صعوبات تنظيم جدول المرض تم إجراء خمس ساعات من التدريب فقط.

تضمنت الدراسة الثانية، التى أجريت فى مجتمع مختلف، ٣٣٢ منزلاً فى منطقتين منفصلتين جغرافيًا، تم تسجيل خمسة من مروجى السلوكيات الصحية المحليين لتقديم تثقيف صحى معيارى فقط أو مقابلة دافعية وفى كلا الظرفين قام مروجو الصحة بأربع زيارات منزلية على الأقل لمناقشة المياه الآمنة، وقد تلقوا تدريبًا على مقابلة الدافعية بالإضافة إلى مجال الإشراف. فى نهاية ثمانية أشهر من المتابعة بلغت نسبة الشراء ٧١٪ بشكل أكثر دلالة إحصائيًا فى مجموعة مقابلة الدافعية (Thevos, Quik, & Yanduli, 2000). فى دراسة للمتابعة فى نفس المجتمع أجريت بعد ستة عشر شهراً من البرنامج، استمر ارتفاع معدلات مطهر المياه الملاحظ (معدلات مضاعفة) بشكل دال فى منازل مجموعة مقابلة الدافعية (Thevos et al., 2001).

وفى دراسة ثالثة تزامنت مع حملة اجتماعية لتسويق الممارسات المروجة لمطهر المياه فى المنازل (Thevos, Kaona, et al., 2000; Thevos et al., 2001)، تلقى متطوعون صحيون محليون إما تدريبًا للتثقيف الصحى مصاحبًا لحملة التسويق أو نفس التدريب مزود بتدريب على مقابلة الدافعية وتلقى ثمانية عشر من مروجى الصحة أربعة أيام كاملة من التدريب على مقابلة الدافعية بالإضافة إلى الإشراف المتواصل. ضمت هذه الدراسة ١٩٨ منزلاً من منطقتين جغرافيتين مختلفتين داخل مجتمع واحد، وتلقت كل المنازل فى المجتمع الكلى حملة التسويق الاجتماعية. بعد ثلاثة أشهر من المتابعة تم ملاحظة زيادة مضاعفة ست عشرة مرة ذات دلالة إحصائية فى استخدام مطهر المياه فى منطقة مقابلة الدافعية، وذلك مقارنة بالمنطقة التى تلقت تثقيفًا صحيًا وتسويقًا اجتماعيًا فقط (Thevos, Kaona, et al., 2000).

فى كل هذه الدراسات، تم تقييم جودة إجراء مقابلة الدافعية؛ حيث أجاب مروجو الصحة على مقياس للتقدير الذاتى، وتم وضع تقديرات لهم من خلال مدربين فى المجال؛

أشارت هذه البيانات إلى تقديرات مستقرة ومرتفعة فى العناصر الجوهرية من مقابلة الدافعية مثل التعبير عن المواجدة وتجنب الجدل، ولم يكن من المناسب استخدام تكنيكات ضمان الجودة الأخرى، مثل تسجيل شريط، فى هذه المواقف (Thevos et al., 2001).

تشير هذه الدراسات معًا، مع تدريب مناسب، إلى أن البرامج التى تستخدم مقابلة الدافعية لديها إمكانية تخفيف بعض مشكلات الصحة العامة التى تواجه الأمم النامية. ومع ذلك، يتطلب التعديل الناجح لمقابلة الدافعية لتناسب هذه المواقف إبداعًا ومرونةً مع تقدير متواصل للفروق الثقافية.

ملخص وتوجهات مستقبلية

تمثل الرعاية الصحية ومواقف الصحة العامة قنوات مهمة ممكنة لتقديم مقابلة الدافعية، حيث يستطيع مقدمو الرعاية الصحية استثمار "الأوقات المتاحة للتعليم"، والتى قد يكون المرضى فيها أكثر قبولاً لتغيير سلوكهم. وفى حين مازالت البحوث تظهر فى هذا المجال، يشير الدليل المتاح إلى أن مقابلة الدافعية تمثل وعدًا كبيرًا كمنحى لتغيير السلوك فى المواقف الطبية ومواقف الصحة العامة. ولابد من ملاحظة أن هناك حاليًا على الأقل خمس عشرة دراسة منحة من مؤسسات قومية للصحة فى الولايات المتحدة؛ حيث يتم اختبار مقابلة الدافعية كبرنامج أولى أو إضافى لتغيير السلوك، مع أنواع مختلفة من المرشدين ونماذج إجراء المقابلة وستشكل نتائج هذه الخبرات بشكل كبير اتجاه الممارسة والسياسة والبحوث (Resnicow, DiIorio, et al., 2001).

تتعلق القضية المفتاحية التى لابد من تناولها فى الدراسات المستقبلية بالصدق الداخلى (انظر الفصل الثامن عشر)، لاسيما استخدام ضوابط مناسبة لبرنامج مقابلة الدافعية وتقييم دقيق لمصداقية العلاج. قليل من الدراسات حتى الآن تصف الطرق المستخدمة لتدريب مقدمى مقابلة الدافعية و"إجازتهم" (Glasgow et al., 2000; Smith et al., 1997)، والمدى الذى عنده يتحقق انتماؤهم لمقابلة الدافعية غير واضح كما أن الإخفاق فى حساب كيف وكم العلاج المقدم يمكن أن ينتج عنه النوع الثالث من الخطأ –

وهو التضمين الخاطئ لإخفاق أحد التدخلات بينما هو، فى الواقع، لم يقدم بجرعة أو شكل مناسب (Basch, Sliepcevich, Gold, Duncan, & Kolbe,1985)، وتجرى بحوث حالية لتوضيح المكونات النشطة فى مقابلة الدافعية ولتحديد الجرعة الأفضل من مقابلة الدافعية المطلوبة من أجل تغيير فعال فى السلوك. ويمكن تحقيق تحديد الصدق الداخلى لبرامج مقابلة الدافعية من خلال مقارنتها مباشرةً بطرق الإرشاد الأخرى، مع تثبيت تأثيرات الاهتمام والجرعة ونموذج التقديم، بالإضافة إلى ذلك، من خلال ترميز لقاءات مقابلة الدافعية باستخدام أنظمة مثل ترميز مهارة مقابلة الدافعية (Miller & Mount,2001)، يمكن عمل تحليلات لمسألة الجرعة – الاستجابة، ويمكن افتراض أن الأفراد الذين تلقوا إرشاداً ذا انتماء أعلى لمقابلة الدافعية لابد أن تتحسن نتائجهم أكثر من أولئك الذين تلقوا إرشاداً أقل فى مهارة مقابلة الدافعية. وسوف تساعد الدراسات التى تقيس جرعة برامج مقابلة الدافعية ومدى الانتماء لها على توضيح عناصرها الجوهرية، وكذلك الجرعة الأفضل منها.

فى النهاية، ربما لا يكون السؤال الأساسى هو ما إذا كانت مقابلة الدافعية تنجح فى المواقف ومواقف الصحة العامة، ولكن السؤال هو كيف ستنجح، فى أى المجتمعات، وتحت أى شروط، وما هى التكلفة المطلوبة. قضايا أخرى هى أى المتخصصين هم القادرون على تقديم مقابلة الدافعية بانتماء كافٍ، وكم من التدريب مطلوب لرفع الكفاءة إلى مستويات مناسبة، كيف ستكون أنظمة تقديم الرعاية الصحية المختلفة (مثل المستشفيات العامة مقابل الخاصة؛ ومنظمات الحفاظ على الصحة مقابل خطط تقديم الرعاية المفضلة) راغبة وقادرة على ضم مقابلة الدافعية فى الممارسة الإكلينيكية، وكيف سيكون الممارسون مؤهلين للتدريب على مقابلة الدافعية ونقلها؟ ما كفاءة وتكلفة تقديم مقابلة الدافعية من خلال الهاتف بالمقارنة بتقديمها مباشرةً وجهاً لوجه؟ تتضمن القضايا البحثية الأخرى كفاءة مقابلة الدافعية عبر مجتمعات اجتماعية وجغرافية مختلفة، وكذلك تكلفة فعاليتها أو حساب حدودها بالنسبة للطرق الأخرى لتغيير السلوكيات الصحية.

شكر

تم إعداد هذا الفصل بدعم من المؤسسة القومية للسرطان منحة رقم: CA-69668 والمؤسسة القومية للقلب والرئة والدم منحة رقم: HL64959 لكين ريسينكو ومنحة رقم HL62165 لبليندا بوريلي.

الهوامـــش

(١) فى نظرنا إلى أى الدراسات ندخلها فى هذا الفصل، اعتمدنا تقريبًا بالكامل على الوصف الذاتى للمؤلفين لبرامجهم، وبالتالى فإن أى برنامج قد وصف كمقابلة دافعية أو شكل من خلال مقابلة الدافعية اعتبرناه برنامج لمقابلة الدافعية. وفى معظم الحالات، كانت هناك معلومات قليلة منشورة لتحديد المدى الذى عنده تلتزم البرامج بمبادئ مقابلة الدافعية أو المدى الذى عنده تنقل مثل هذه البرامج مع الاحتفاظ بانتمائها لمقابلة الدافعية. ولذلك من المرجح أن الدراسات المتضمنة هنا تعد متغيرة بشكل مرتفع فيما يتعلق بانتمائها لمقابلة الدافعية (لمزيد من المناقشة فى هذه القضية انظر الفصل السادس عشر).

الفصل الثامن عشر

تنويعات على الموضوع:
مقابلة الدافعية وتعديلاتها

STEPHEN ROLLNICK, JEFF ALLISON, STEPHANIE BALLASIOTES, TOM BARTH, CHRISTOPHER C. BUTLER, GARY S. ROSE, and DAVID B. ROSENGREN

بدا بعد وقت قصير من محاولة مبدئية لتكييف مقابلات الدافعية وتعديلها لإجراء مقابلات مختصرة (Rollnick, Heather, & Bell, 1992) كما لو كان هناك حاجة إلى مزيد من تطوير المنحى. واجه الزملاء مجموعة من المشكلات في السياقات التي كانت مختلفة تمامًا عن سياق الإرشاد المتخصص في علاج الإدمان، وهو السياق الذي نشأت فيه مقابلات الدافعية أساسًا (انظر الفصل السابع عشر) لذلك تعين عليهم إدخال تعديلات عليها. كان ضغط الوقت في كثير من الأحيان عاملاً حاسمًا، حيث كان هناك وقت قليل لتدريب الممارسين الذين قد لا تكون لديهم خلفية في الإرشاد، بل إن المستفيدين قد لا يريدون هذه المساعدة أساسًا!

قدم الفصل السادس عشر والفصل السابع عشر توضيحا للتساؤلات حول كفاءة وأسباب وكيفية وضع وتطوير هذه التعديلات. وبدون شك، يمثل هذا الاهتمام المتزايد بمرونة مقابلات الدافعية تحديًا للممارسين والمدربين الذين يلتزمون بتنفيذ برامج مرتفعة الجودة. على سبيل المثال، تلقى واحد منا (رولنيك Rollnick) مكالمة هاتفية من أحد كبار الباحثين الذين تساءلوا بجدية ما إذا كان توفير مقدمة لمدة ساعتين عن نموذج مراحل التغيير سيكون بمثابة تدريب كافٍ لعمل مقابلات الدافعية، ناهيك عن مكالمة عن تطبيق هذه التقنية لعلاج السمنة لدى الحيوانات المنزلية الأليفة!

إلى أى مدى يمكن تعديل مقابلات الدافعية قبل أن تذوب أهدافها ومهاراتها وروحها ويصعب التعرف عليها؟ إذا لم يكن المنحى فى الواقع مقابلات دافعية، فما هو؟ إذا ما ضل أحدنا الطريق، ما النماذج والمناحى الأخرى التى نستطيع فهمها وبالتالى إثراء الممارسة الإكلينيكية؟ لا يهدف هذا الفصل إلى تلخيص أو مراجعة تعديلات مقابلات الدافعية التى تم التعرض لها فى أماكن أخرى، ولكنه يهدف إلى صياغة بعض الأجوبة على هذه الأسئلة. لتحقيق هذه الغاية، بدأ الفريق الحالى من المؤلفين، وهم من الإكلينيكيين والمدربين ذوى الخبرة فى مجموعة من التخصصات بتوضيح وتحسين استخدام المصطلحات والتوصل إلى إجماع عن مضمون مقابلات الدافعية وما يتعلق بها، وكانت النتيجة التوصل إلى إطار عمل مرحلى لفهم مناحى تغيير السلوك، يتم من خلالها مقارنة ثلاث صور من التدخل - تقديم المشورة المختصرة والإرشاد لتغيير السلوك ومقابلات الدافعية. قمنا بعد ذلك بمناقشة متضمنات هذا الإطار الخاصة بالممارسين والمدربين والباحثين.

اللوم[1] والتشخيص[2] أو التسمية واستجابة التصويب[3](*)

إذا كانت مقابلات الدافعية قد ظهرت كرد فعل على اللوم والتسمية واستجابة التصويب فى مجال الإدمان، فإنها قد تجد مجالاً مناسبًا لها فى مجموعة من السياقات الأخرى يكون فيها تغيير السلوك محل اهتمامها وموضوع حديثها. وسيكون هذا مقبولا من قبل كثيرين ممن يعملون فى مجال العدالة الجنائية والاضطرابات النفسية والأمراض المزمنة وأماكن الرعاية الأولية على سبيل المثال لا الحصر. وعلى الرغم من البناء الإبداعى لمناخ مثل منحى التمركز حول المريض - أو العميل، لايزال توجيه الأفراد ولهجة إملاء ما يمكن عمله حيال تغيير السلوك جزءًا لا يتجزأ- فى كثير من الأحيان- من لغة وتعريفات الدور والإجراءات الروتينية والدورات التدريبية، بل ويمكن القول فى تصميم وتخطيط الغرف والعيادات.

عادة ما يُعبر عن استجابة التصويب فى شكل جهد إقناعى قوى، ويتعين على الممارس حينئذ اتخاذ موقع مركزى فى جعل الآخرين يغيرون السلوك. وبينما قد يكون هذا مفيداً فى بعض الحالات ولبعض المتلقين، نفترض أن ذلك سيكون بمثابة هزيمة ذاتية فى الاستشارات المتعلقة بتغيير السلوك، وحيث إن المهمة الرئيسية هنا هى تسهيل التغيير الموجه ذاتيًا إلى أقصى حد ممكن.

---

١ Blaming.

٢ Labeling.

٣ Righting reflex.

(*) المقصود باستجابة التصويب ميل المرشد إلى تصحيح موقف وسلوك العميل على ضوء ما يراه المرشد صوابًا [المراجع].

ماذا فى الاسم ؟

ظهرت تعديلات للمقابلات الدافعية فى الأدبيات منذ البداية تقريبًا، ولا يحتاج المرء إلا أن يقرأ حتى الفصل الذى كتبه ساوندرز وويلكينسون والسوب (Sounder, Wilkinson and Allsop, 1991) فى الطبعة الأولى من هذا المجلد لكى يجد اسمًا جديدًا ومنظورًا مختلفًا. منذ ذلك الحين، تتعرض هذه التعديلات لتطورات سريعة وصاخبة، متخذة أسماء – على سبيل المثال لا الحصر – مثل مقابلات الدافعية المختصرة، والتفاوض المختصر، والعلاج التعزيزى الدافعى، والإرشاد المبنى على الدافعية، والتدخل الدافعى، والتدخل المبنى على زيادة الدافعية. وعادة ما يتم الخلط والالتباس بين هذه المصطلحات وبين أسماء أطلقت على أساليب ومناح لا علاقة لها بمقابلات الدافعية، مثل FRAMES والتدخل المختصر والعلاج المختصر. وأحيانًا ما يطلق مصطلح "التدخل الدافعى" على منحى ليس له علاقة بمقابلات الدافعية أو على الأكثر يرتبط بها قليلا، ولكنه يكتسب من خلال استخدام المصطلح "الدافعى" نوعا ما من الاحترام الزائف. على أية حال، من الممكن تسمية سوط الحصان تدخلا مبنى على المعرفة بالدافعية، ولكن من الواضح أن ذلك خارج حدود هذا المراجعة! حتى فى هذا الكتاب نجد زملاءنا فى الفصل السادس عشر مضطرين لاستخدام عبارة "تعديلات مقابلات الدافعية" أو "مقابلات الدافعية المعدلة". نظرًا لذلك، هناك عدد من الأسئلة تطرح نفسها: لماذا أُطلقت هذه التسمية؟ ما التوجه والمهارات المطلوبة عند الحديث عن تغيير السلوك؟ ما أوجه الشبه والفروق بين المناحى والأساليب المختلفة؟

حماية مقابلة الدافعية

أحد أسباب تعدد هذه الأسماء هو الإحجام عن استخدام مصطلح "مقابلات الدافعية" فى حد ذاته، لأنه قد يضعف المنحى الأصلى، بما يؤدى إلى أن تشوبه عناصر أخرى غير أصيلة فيه، بطريقة تجعل من الصعب التعرف عليه (Rollnick & Miller, 1995)؛ فمثلاً، قد يكون هناك تعديل ذو توجه فنى قوى يضع القليل من التركيز على الإنصات المبنى على المواجدة بدرجة تخرجه من إطار مقابلات الدافعية التى يعتبر فيها الإنصات

المبنى على المواجدة عنصراً أساسيًا ومركزيًا مميزًا لها. ويكشف التدقيق فى هذه التعديلات عن تنوع واسع النطاق وابتعاد عن مبادئ وعناصر أساسية لمقابلات الدافعية، وبالتالى هناك ما يبرر الحذر من إطلاق مصطلح "مقابلات الدافعية" عليها، ويبدو من الضرورى فهم المهارات اللازمة لكل منها.

هل هى طرق مختلفة ؟

إن تجنب تشويه مقابلات الدافعية شىء، بينما يمثل إطلاق اسم جديد على كل تعديل شيئًا آخر مختلفًا تمامًا، فمن جهة ربما يشعر كل من طور كل منحى بصدق أن منحاه مختلف إلى حد ما عن الآخرين. تشمل الأبعاد التى يختلفون فيها طول مدة الاستشارة المقصودة، والسياق (سواء أكان غرفة الطوارئ أو مرضى العيادة الداخلية أو مرضى العيادة الخارجية أو مؤسسات الرعاية الصحية الأولية)، والمشكلة المعنية، وما إذا كان متلقى العلاج يسعى للحصول على المساعدة أو لا يسعى للمساعدة، وخلفية الممارس والتدريب الذى حصل عليه ومستوى مهاراته... وهلم جرا. من ناحية أخرى، عندما يستمع المرء للممارسين وهم يتحدثون عن مناحيهم يكتشف فى كثير من الأحيان أن أوجه التشابه بينهم أكبر بكثير من أوجه الاختلاف: حيث يبدو أنه يتم تقديم كل هذه المناحى فى نمط لا يرتكز على المواجهة، ويتقاسمون هدفًا مشتركًا وهو استثارة الدافع للتغيير وتشجيع العميل على تحمل مسئولية اتخاذ القرار.

يتعارض انتشار مناح مختلفة مع الاتجاه السائد فى عالم يتجه للعلاجات المتخصصة، لأنه من الصعب جداً بصفة عامة إثبات تأثيرات معينة للعلاجات المعرفة جيداً (Mattson, 1998)، وهناك تحرك ملحوظ نحو إنتاج نماذج وطرق عامة عابرة للنظريات، فمن الصعب أن نقول إن لكل من هذه المناحى جميعًا محتوى وتأثيراً علاجيًا يسمح بالتمييز بينها. ينظر اثنان منا (Butler et al., 1999; Rollnick et al., 1992) بهذا التحفظ لمساهمتنا التى أطلقنا عليها اسمين، لدرجة أننا قدمنا هذا الأسلوب فى كتاب لاحق بدون أى اسم على الإطلاق (Rollnick, Mason, & Butler, 1999)! فهناك احتمال قوى بأن يؤدى انتشار الأسماء إلى الارتباك والالتباس بينها.

ماذا يحدث فى الداخل؟

كيف يمكن للمرء أن يتخذ قرارًا حول ما المنحى الذى يمارسه أو يعلمه أو يقيمه؟ كانت فكرتنا الأولية هى إنتاج تصنيف لمختلف المناحى والطرق مزودًا بإرشادات توجيهية حول ما يجب استخدامه وأين ومتى. للأسف، أدى عدم وجود تعريف واضح وبيان محدد للمهارات إلى أن أصبح هذا الأمل غير واقعى، ولذلك قررنا تنحية هذه الطرق جانبًا ونبدأ بالسؤال الأعم عن ما الاتجاه والمهارات التى يمكن استخدامها لأى غرض فى الاستشارة المتعلقة بتغيير السلوك؟ وتمخض ذلك عن إطار عمل وصفى مؤقت يمكن من خلاله تحديد ثلاث صور من التدخل.

المشورة المختصرة والإرشاد لتغيير السلوك ومقابلة الدافعية

لمساعدة الممارس والباحث والمدرب والمراجع الأكاديمى، فضلا عن ممارس وباحث مقابلات الدافعية الأكثر خبرة الذين قد يكونون حائرين، اقترحنا إطار عمل مؤقت (شكل ١٨-١)، يحدد ثلاثة أنواع من التدخل: مشورة مختصرة، وإرشاد نفسى لتغيير السلوك، ومقابلات دافعية؛ يمايز بين هذه التدخلات السياق والأهداف، وكذلك أسلوب الممارس ومهاراته، وقد تعمل هذه العوامل بشكل مستقل، ولكنها تميل إلى أن تتباين معًا. شكل (١٨-١) هو مجرد إطار عمل لجمعها معًا بطريقة متماسكة. على الرغم من ذلك، وكما هى عليه، تركز جميع المناحى على مهمة الحديث عن تغيير السلوك. ونحن نستخدم مصطلح "ممارس" و"متلقٍ" أو "عميل" للإشارة إلى الشخصين طرفى هذه التفاعلات؛ فهى مصطلحات واسعة بما يكفى للإحاطة بالظروف التى يمكن أن تحدث فيها التدخلات الإرشادية.

شكل (١٨-١) ثلاثة أنواع من برامج تغيير السلوك

	مشورة مختصرة	إرشاد لتغيير السلوك	مقابلات دافعية
وقت الجلسة	٥-١٥ دقيقة	٥-٣٠ دقيقة	٣٠-٦٠ دقيقة
الظـروف	حسب الظروف في الأغلب	حسب الظروف أو طلب المساعدة	غالبًا بناءً على طلب المساعدة
الأهـداف	إبداء الاحترام تواصل عن المخاطر تزويد بالمعلومات بدء التفكير في تغيير السلوك المشكل	أهداف المشورة المختصرة بالإضافة إلى: تأسيس العلاقة تحديد أهداف العميل تبادل المعلومات اختيار الاستراتيجيات على أساس استعداد العميل بناء دافعية للتغيير	أهداف المشورة المختصرة والإرشاد للتغيير بالإضافة إلى: تنمية العلاقة حل التناقض الوجداني تنمية التباين حفز الالتزام بالتغيير
الممارس والمتلقي	خبير نشط ومتلق غير نشط	مرشد نفسي - ومتلق نشط	شريك قائد وشريك
أسلوب مواجهة أو تحد	أحيانًا	نـادرًا	أبـدًا
أسلوب المواجدة	أحيانًا	عـادةً	دائمـًا
المعلومات	يزود بها	متبادلة	متبادلة لتنمية الفارق
توجيه أسئلة مفتوحة النهاية	**	**	***
التأكيدات	**	**	***
التلخيصات	*	***	***
طلب الإذن	**	***	***

	مشورة مختصرة	إرشاد لتغيير السلوك	مقابلات دافعية
تشجيع المتلقى على الاختيار والمسئولية فى اتخاذ القرار	**	***	***
تقديم المشورة	***	**	*
عبارات الإنصات للتمعن	*	**	***
الاستخدام المباشر للإنصات للتمعن	*	*	***
التباين فى عمق التمعنات	*	**	***
استثارة حديث التغيير	*	**	***
الدوران حول المقاومة	*	***	***
مساعدة العميل التعبير بعمق عن قيمة	*	***	***
– تتراوح المهارة بين ضرورية إلى غير ضرورية باستخدام مقياس ذى ثلاث نقاط (واحدة أو اثنتان أو ثلاث نجوم).			

بعض الأمثلة العملية

فيما يلى قليل من الأمثلة للتبادلات المفيدة بين الممارسين والمتلقين مأخوذة من الممارسة اليومية للمؤلفين وخبرتهم فى التدريب، سألنا أنفسنا أى من هذه السيناريوهات يتضمن مقابلات دافعية؟ وإذا لم تتضمن مقابلات دافعية، فما المهارات والمناحى المستخدمة؟

مثال ١ : مشورة مختصرة

يقوم الأخصائى الاجتماعى بإجراء زيارة روتينية لأم شابة حساسة أو مستهدفة تربطهما معا علاقة جيدة، ويسألها عما يهمها ويقلقها، فتقول له: إن صديقها قد صفع طفلها، ليس بعنف شديد، ولكنها قالت إنها غير راضية عن هذا. يشك الأخصائى الاجتماعى فى تعاطى الزوجين للمخدرات، يعتذر لها بعدم توفر الوقت الكافى للتحدث بإسهاب عن كل هذه الأشياء، ويستأذنها بأن يكون صريحًا معها فى التعبير عن وجهات نظره، ويقول لها إنه نظراً لأن سلامة الطفل أمر ذو أهمية قصوى؛ لذلك فإن صفعة واحدة مدعاة للقلق الشديد، ذكر لها أيضًا أنها إذا كانت تتعاطى المخدرات، فإن ذلك يمكن أن يضرها ويضر بنمو طفلها أيضًا، تأخذ الأم فى البكاء وتوافق بسهولة على الاتصال بالأخصائى الاجتماعى عند الحاجة للمساعدة، كما وافقت على أن يمر بها أيضًا بعد يومين. يعترف الأخصائى الاجتماعى بالشجاعة التى أبدتها فى محاولة حل مشكلاتها ويشجعها على تقييم الموقف واتخاذ الخيارات الأفضل لها ولطفلها.

كان الحوار فى هذا اللقاء تقريبًا يسير فى اتجاه واحد ويتألف بشكل رئيسى من تحديد مخاطر سلوكيات معينة. ومع ذلك، فى ظل هذه الظروف، تم القيام به بطريقة واضحة ومتعاطفة.

مثال ٢ : إرشاد نفسى لتغيير السلوك

انتهزت طبيبة مبتدئة الفرصة وأجرت مقابلة لمدة من ست إلى سبع دقائق عن التدخين فى وقت النوم مع رجل تعرض مؤخراً لأزمة قلبية. قال الرجل بعد ذلك إن ذلك جعله يفكر جدياً فى الإقلاع عن التدخين، وأنه فوجئ بأن الطبيبة الشابة لم تعطه محاضرة، ويبدو أنها قد استمعت إلي وهى تريد أن تفهم. عندما سئلت عما فعلت فى هذا الإرشاد ردت قائلة: "لم أدفعه دفعًا للتغيير، وإنما أنصت له وتركته يقول لى لماذا قد يقلع عن التدخين". وأضافت أنها تذكرت شيئين من سلسلة من حلقات وجيزة عن تغيير السلوك: ترك الأفراد يقولون لكم لماذا وكيف يمكن أن يتغيروا، وألا نقفز متجاوزين مستوى استعداد العميل للتغيير.

من الواضح أن هذه الطبيبة الإكلينيكية مهتمة بالتواصل، ولديها بعض القدرة على الإنصات، وعلى وعى بالنموذج المتمركز حول المريض. هل كانت تستخدم مقابلات الدافعية؟ نخمن أن هذا، وفقا لإطار العمل (انظر شكل ١٨-١)، على الأرجح مثالٌ لإرشاد نفسى لتغيير السلوك. من الصعب تأكيد ذلك دون الاطلاع على التسجيل الصوتى أو الكتابى، ولكن لا يوجد سبب يدعونا للاعتقاد أنها كانت تستخدم مقابلات الدافعية، فتأثير ممارستها جاء من التدريب على مهارات الاتصال فى أثناء دراستها الجامعية للتواصل ومن التدريب على الإرشاد النفسى المتمركز حول المريض وورش العمل بشأن تغيير السلوك.

المثال ٣ : مقابلة الدافعية

كان ضابط مراقبة على وشك أن يقود عميلاً تحت المراقبة لزيارة ابنته التى تعيش مع الزوجة السابقة للعميل. قبل الانطلاق فى الرحلة كانا يناقشان مشاعر الجانى بالإحباط والضياع، حيث إنه لم يعد يعيش مع زوجته وابنته وكيف أنه يفتقدهما كثيراً. وجهه الضابط إلى الحديث عن مسار الأحداث التى أدت إلى انهيار الزواج – بسبب تعاطى وتجارة المخدرات – وقال العميل كم يود استعادة الزواج. استطاع الضابط

استخلاص نية واضحة من العميل لتحقيق التوبة وإظهار حبه والتزامه تجاه أسرته. أصبحت أهداف العميل وقيمه أكثر وضوحًا، حيث زاد فهمه للخيارات المتاحة له فى المستقبل بعد أن وضعها تحت بؤرة التركيز والاهتمام.

يعد هذا مثالاً جيدًا لمقابلات الدافعية، فمساعدة شخص على حل التناقض بين القيم الشخصية والسلوك المشكل تمثل إحدى السمات الأخرى للمقابلات الدافعية (تنمية التباين). ومن المرجح أن الكثير من التوجيه والقيادة قد تم باستخدام الإنصات المتمعن والدعم الانتقائى.

مثال ٤ : ليس استشارة لتغيير السلوك

زائرة منزلية(*)، وصفها الزملاء بأنها "ولدت منصتة"، تلقت قليلاً من التدريب المهنى، حيث حضرت تدريبًا على مقابلات الدافعية امتد إلى يومين. ذهبت إلى شقة مزدحمة فى بلدة فقيرة، حيث توجد أم حامل مثقلة بمجموعة من المشكلات، بما فيها إدمان الكحول والاكتئاب ومشاكل عنف جسدى مع صديقها، وتقول إنه ليس لديها أى أمل لنفسها أو لطفلها، وتود لو تستطيع إجهاض الحمل. امتدت زيارة الزائرة لمدة ساعة واتفقتا على المزيد من المقابلات، وقالت الزائرة إنها قامت بالكثير من الإنصات، وتحدثت أيضًا قليلاً عما يمكن أن يحسن من صحة الطفل، بدت الأم أكثر إشراقًا عند مغادرة الزائرة للمنزل وعبرت عن بعض خوفها من أن يضر الكحول بالجنين.

يثير هذا المثال التمييز بين استخدام مهارات الإنصات فى صورة الإرشاد بصفة عامة (ربما تم استخدامه هنا) وبين الحديث الأكثر تركيزا حول تغيير السلوك (ليس هناك دليل واضح على استخدامه هنا). تنطوى مقابلات الدافعية والإرشاد لتغيير السلوك على أكثر من مجرد الإنصات بمواجدة، فهناك تركيز واضح على تغيير السلوك.

(*) من الواضح أننا نتحدث هنا عن وظيفة تتطلب زيارة العملاء فى منازلهم، وليس عن مجرد زيارة اجتماعية. [المراجع]

ثلاثة أنواع من التدخل

يعكس الدليل الوصفى فى الشكل (١٨-١) آراء الخبراء واتفاقهم. يتم تطوير العمل من خلال البحوث والممارسات الإكلينيكية الحديثة مع مرور الوقت. وتمثل أسماء الفئات أفضل الممارسات الإكلينيكية لها، كما أنه ليست هناك محاولة لتأكيد القيمة النسبية للمهارات والاستراتيجيات. على الرغم من أنه يمكن استخدام معظم المهارات المدرجة فى أى من الفئات الثلاث، فإننا نميز على أساس التركيز النسبى معدل الحدوث والضرورة لكل من هذه المناحى الثلاثة (المشورة المختصرة والإرشاد لتغيير السلوك ومقابلات الدافعية)؛ مع استبعاد العناصر أو الخصائص التى نعتبرها موجودة بنفس القدر فى جميع هذه الفئات.

قد يمكن استخدام التدخلات فى أكثر من اجتماع واحد مع المريض، وينصب التركيز على المهارات اللازمة للتدخل وليس على مهارات الممارسين. فنحن لا نفترض أن الممارسين الذين يستخدمون المشورة المختصرة أو الإرشاد لتغيير السلوك أقل مهارة.

مشورة مختصرة

من السهل تمييز هذه المجموعة من المهارات، فهى راسخة فى المحادثات اليومية فى مجالات الصحة والرعاية الاجتماعية وغيرها من السياقات. ومع ذلك، نتطلع فى هذا السياق إلى تمييز المشورة هنا عن هذا الاستخدام اليومى من خلال تقديمها بطريقة تعظم من فعاليتها، وكذلك تقديمها بأسلوب حساس مرهف.

يساعد سياق المشورة المختصرة على تفسير طابعها وخصائصها، فهى بطبيعتها قصيرة وتركز على منطقة محددة من المشكلات (على سبيل المثال، مرض السكر)، على الرغم من إمكانية تناولها لأكثر من سلوك واحد فى هذا المجال (على سبيل المثال النظام الغذائى وممارسة الرياضة... إلخ). وغالبًا ما تتم المشورة المختصرة فى إطار

سياق غير مجدول، وإنما تلقى به الفرصة والصدفة، بمعنى أن المتلقى قد لا يسعى طلباً للمساعدة فى السلوك أو الموقف الذى تستهدفه المشورة المختصرة، وإنما ينتهز الممارس الظروف التى قد تكون فيه المشورة المختصرة مفيدة. وقد تنشأ هذه الفرصة تلقائيًا أو تكون عنصراً من عناصر التدخل المخطط له. على سبيل المثال، عميل يزور طبيبه بسبب آلام المفاصل يتبعها مناقشة حول فقدان الوزن.

يرى أسلوب المشورة المختصرة عدم المساواة فى الأدوار بين الممارس والمتلقى، فالممارس يتخذ دور الخبير، بينما يكون العميل هو المتلقى والمستفيد من هذه الخبرة. ورغم أن هذا قد ينطوى على موقف أكثر سلبية إلى حد ما من قبل المشارك، فإنه ليس من الضرورى أن يكون الأمر كذلك. فقد تم تصميم معايير الممارسة الجيدة فى هذا الظرف لتقليص هذا التفاوت والسلبية، مما يزيد من احتمالات التغيير. ما يهم هنا هو إبداء الاحترام فى طريقة التعامل مع المشارك، وضمان الخصوصية، وطلب الإذن قبل تقديم المشورة.

حدد دينيس إرنست Denise Ernst (اتصال شخصى، مارس، ٢٠٠٠) ثلاثة مواقف تكون فيها المشورة المختصرة ملائمة:

(١) أن يطلب المتلقى الحصول على معلومات.

(٢) أن يكون لدى الممارس معلومات قد تكون مفيدة للمشارك.

(٣) أن يشعر الممارس أنه مضطر أخلاقيا لتقديم المشورة.

فى الحالتين الأوليين، عادة ما يسبق تقديم المشورة المختصرة طلب بالإذن لتقديمها. فى الحالة الأخيرة، قد يطلب وقد لا يطلب الممارس الإذن بالمضى قدمًا فى تقديم المشورة. مع ذلك، قد نتوقع فى جميع الحالات أن يستثير الممارس رد المشارك على المشورة ومدى ملاءمتها لظروف الحياة الحالية. ويؤكد هذا المنحى أيضًا مسئولية المشارك واختياره.

إحدى المهارات المطلوبة هنا هى المهارة فى تحديد الظرف المناسب للمشورة المختصرة، وإثارة الموضوع بطريقة محترمة لا تثير المقاومة غير الضرورية، ثم عرض المعلومات بعد ذلك على المتلقى – غالبًا عن مخاطر السلوك الحالى. قد يتم توجيه الأسئلة المفتوحة أحيانًا لتقييم استجابات المتلقى، وعادة ما تقتصر مهارات الإنصات على ملخصات مختصرة، وربما تمعنات سطحية. يوجه هذا المنحى تركيزًا قليلاً على مهارات أخرى، بما فى ذلك استخدام تمعنات وأفكار أعمق. قد تساعد معرفة مرحلة التغيير أو الاستعداد للتغيير المشورة فى بعض الأحيان، ولكنها لا تلعب دورا محوريا فى هذا التدخل.

الهدف العام لتقديم المشورة المختصرة، كما هو الحال مع جميع التدخلات الثلاثة، هو تسهيل تغيير السلوك؛ فى المشورة المختصرة، تتمثل مهام الممارس فى توصيل المعلومات للعميل عن المخاطر وتزويده بالمعلومات والبدء فى تسلسل مراحل تغيير السلوك.

الإرشاد لتغيير السلوك

يستمد الإرشاد لتغيير السلوك من منحى يتمركز حول المريض (Stewart et al., 1995)، مع بعض المبادئ والمهارات المرتبطة أكثر بموضوع تغيير السلوك الصحى (Rollnick et al., 1999) ومقابلات الدافعية. وغالبًا ما يكون سياق تقديم الإرشاد لتغيير السلوك أوسع نطاقًا من المشورة المختصرة، حيث يضم مجالات وسلوكيات إشكالية أكثر، ولكنه لا يعد تغييرًا نموذجيًا منظمًا للسلوك يمكن أن يدرج فى مقابلات الدافعية. ينطوى التغيير المنظم على تقرير العميل الحاجة لتحول كبير فى الهوية أو أساليب السلوك أو كليهما. على سبيل المثال، العميل مدمن الكحول لا يتوقف فقط عن الشرب بل يتخذ أيضًا هوية من لا يتناول الكحول مع التحولات المصاحبة لمجموعة من فئات السلوك الأخرى.

مع أن الإرشاد يمكن أن يكون قصيراً جداً فى طبيعته، فمن الممكن أن يمتد إلى أطر زمنية أطول. ومع ذلك، يظل الإيجاز وقصر المدة من أهم العوامل المميزة له. وقد يأتى الإرشاد لتغيير السلوك عندما تتاح الفرصة مصادفة، ولكنه قد يكون أيضاً مخططا له من قبل اللقاء. فمثلاً، يمكن لمريض السكر الذى يقابل أخصائى التغذية مناقشة النظام الغذائى وممارسة الرياضة وتخطيط الوجبات الغذائية، ولكن يمكنه أيضاً مناقشة القضايا المتصلة بالهوية المتعلقة بالإصابة بمرض السكر، حيث يقود الوعى بمراحل التغيير واستعداد العميل للتغيير محتوى الجلسة وسيرها. لا يقوم الممارس بنشاط لتنمية التباين فهذا أحد المبادئ التوجيهية لمقابلات الدافعية، حيث يتم بحماس على سبيل المثال استكشاف الفروق بين القيم الشخصية والسلوك الذى يحتمل أن يكون مدمراً.

يكون دور كل من الممارس والمتلقى أكثر مساواة فى الإرشاد مما هو عليه فى جلسة المشورة المختصرة؛ حيث يعمل الممارس الذى يستخدم الإرشاد لتغيير السلوك مستشاراً للعميل الذى يشارك بنشاط وفعالية، وتكون المواجهة بينهما أكثر تعاونا عما هو ملحوظ عادة مع المشورة المختصرة، كما يتم بذل مزيد من الاهتمام لبناء العلاقة. ومع ذلك، لا يتطلب هذا بالضرورة نفس الكثافة فى بناء العلاقة التى لا غنى عنها للممارسة الجيدة فى مقابلات الدافعية، فكثيراً ما يكون للإرشاد لتغيير السلوك نكهة أداء مهام محددة، وعلى هذا فإن هذا الشكل من الإرشاد لا يشتق مضمونه من مقابلات الدافعية فقط، ولكن من الأسلوب الذى يتمركز على المريض أو العميل الذى يتم تعليمه وممارسته بصفة عامة فى مرافق الرعاية الصحية والرعاية الاجتماعية (انظر على سبيل المثال Rollnick et al., 1999). إن "روح" هذا النشاط هى الإحساس باتخاذ القرارات بشكل مشترك.

يضيق الفرق بين الإرشاد لتغيير السلوك ومهارة مقابلات الدافعية، فكلاهما يستخدم عديداً من المهارات المتداخلة، وإن اختلفت الطريقة بعض الشيء؛ حيث يتم استخدام الأسئلة المفتوحة وعبارات الإنصات المتمعن فى الإرشاد لتغيير السلوك لفهم وجهات نظر العميل ومشاعره حول أسباب تغيير السلوك وكيفية عمل ذلك وتوقيته

(عادات أسلوب الحياة واستخدام الأدوية، إلخ). وعلى الرغم من ذلك، قد يكون الإنصات المتمعن المستخدم أقل توجيهًا، بمعنى أن الممارس يتبع العميل فى الإنصات بدلاً من توجيه العملية، ويكون التركيز بدرجة أقل على استثارة حديث التغيير أكثر على فهم العميل، ويتجنب الممارس توليد المقاومة ويتفاوض على جدول أعمال حساس لاستعداد العميل، أى يراعى مستوى استعداده ولا يقفز متجاوزا هذا المستوى.

تشتمل مهام الممارس على تلك المهام المذكورة فى المشورة المختصرة بالإضافة إلى عناصر معينة تهدف إلى تحديد أهداف العميل (وليس أهداف الممارس)، واختيار استراتيجيات على أساس أهداف العميل واستعداده، ثم العمل بشكل هادف على بناء الدافع للتغيير ويتم تبادل المعلومات وليس مجرد تقديمها (انظر Rollnick et al., 1999)؛ لتحقيق ذلك يتم استخدام الأسئلة المفتوحة والإنصات المتمعن لاستثارة احتياجات العميل للمعرفة والمعلومات وللحصول على تفسيره ورؤيته الشخصية للمعلومات المقدمة.

مقابلة الدافعية

النوع الثالث من التدخل، الذى قصرنا عليه مصطلح "مقابلات الدافعية" يشمل بوضوح الإنصات الجيد كما هو موضح فى إطار الإرشاد لتغيير السلوك، ولكنه يتطلب أيضًا الاستخدام الاستراتيجى لأساليب معينة للعلاج النفسى للحد من المقاومة وحل التناقض وتنمية التباين ودفع عملية تغيير السلوك. فى حالة الإرشاد لتغيير السلوك، على سبيل المثال، يوجه الممارس للعميل عدة أسئلة مفتوحة لتشجيعه على الحديث ثم يعيد عليه عبارات تمعنية لما استمع إليه منه للتعبير عن فهمه لما قاله، أما فى حالة مقابلات الدافعية، يوجه الممارس للعميل عده أسئلة مفتوحة تهدف إلى استثارة أنواع معينة من الأحاديث (حديث التغيير)، ويعيد على العميل بشكل انتقائى أجزاء من حديثه التى تعزز الدافع للتغيير وتشجع على حل التناقض ودعم تغيير السلوك. ويجوز للممارس أن يدعو إلى (ولا يفرض) منظور وآفاق وقرارات جديدة تتوافق مع نظام القيم لدى العميل.

عند الرد على المقاومة، يختار الممارس الذى يستخدم مقابلات الدافعية الاستجابات التى تهدف إلى تقليص ونزع فتيل المقاومة وإعادة توجيه العميل لحديث التغيير. الفرق بين مبدأ الإرشاد لتغيير السلوك ومقابلات الدافعية، إذن، هو الاستخدام الواعى والاستراتيجى لإجابات العميل فى استثارة ودعم أنواع معينة من الحديث، وفى نفس الوقت الحد من أنواع أخرى من استجابات العميل.

نظراً لتركيزها على الإنصات، فضلاً عن الأهداف الكبرى المدرجة فى هذا المنحى، يرجح أن يقل إجراء مقابلات الدافعية فى السياقات الناجمة عن الصدفة والفرصة غير المخطط لها، بينما يرجح أن تزيد فى السياقات التى تتميز بالبحث عن العون. كما يمكن استخدامها أيضاً حيث يضطر العميل إلى حضور جلسات الإرشاد؛ كما فى سياقات العدالة الجنائية. ويتمتع الممارس فى مقابلة الدافعية فى كثير من الأحيان بخلفية عن الإرشاد، على الرغم من أن هذا ليس شرطاً. يعمل الممارس بأسلوب تعاونى مع العميل، مع التركيز بشكل أساسى على بناء العلاقة. ويمكن تشبيه "روح" هذا النشاط بروح الرقص، حيث يقود الممارس بدقة وحساسية جهداً رقيقاً يكون تعاونياً ومتوازناً.

عناصر مشتركة: روح لقاءات تغيير السلوك

تمثل المحادثات حول السلوك تحدياً فريداً من نوعه إلى حد ما: فالآمال التى يعقدها الممارس والمتلقى حول التغيير لا تقع بالضرورة على أرضية مشتركة ومسالمة (انظر Rollnick et al., 1999)، فكثيراً ما يغلف التوتر العلاقه بينهما وتتأرجح بين مشاعر الانفصال والتفاؤل والأمل والخوف من صراع وشيك، وأحياناً ما يتم التعبير عن هذه المشاعر وأحياناً لا يتم التعبير عنها. يمثل كل من المناحى والأساليب الثلاثة المذكورة فى شكل (١٨-١) محاولة لتوجيه المسار إلى طريق بناء من خلال هذا النوع من المحادثة لتجنب رد الفعل المتمثل فى محاولة العودة للوضع الطبيعى الأصلى، وتشجيع ما يسميه أحدنا (Allison) فى كثير من الأحيان بالرقص بدلاً من المصارعة. وتنطوى أى قائمة مثل تلك الواردة فى جدول (١٨-١) على خطر أنها لا تستطيع إدراك

النغمة الأقل تجسداً فى الاستشارة بدرجة كافية. يتطلب كل من هذه الأساليب قدرة الفرد على أن يكون مرناً وقادراً على قبول قدر من الشك واللاتأكد، والسماح بالصمت الذى يولد التفكير ولا يولد بالضرورة القلق - ولاسيما مع الإرشاد لتغيير السلوك ومقابلات الدافعية - والقدرة على الامتناع عن تقديم حلول أو محاجات من أجل التغيير.

بعض المتضمنات

الممارسة

كما يوضح شكل (١٨-١)، هذه الأساليب الثلاثة للحديث عن تغيير السلوك ليست كيانات منفصلة، فهى تتداخل معًا بشكل ما وتضم خصائص مميزة، تشبه كثيراً فى ذلك التنوع بين ثلاثة أساليب إقليمية مختلفة من الطبخ. كيف يمكن للمرء أن يختار طريقة ما للاستخدام؟ نرى أن ذلك يتوقف بشكل كبير على الموقف: بمعنى أنه يتوقف على مقدار الوقت المتاح، وما إذا كان العميل يسعى بنشاط للحصول على مساعدة من أجل تغيير السلوك أو لم يكن كذلك. هناك احتمال آخر فكرنا فيه جدياً يتمثل فى أن الطرق الأكثر تكثيفًا إنما تناسب المشكلات الأكثر صعوبة للعميل. بينما يبدو ذلك صحيحًا بالنسبة لنا كممارسين، نتردد فى هذه المرحلة فى تجاوز وصف المناحى والأساليب والدخول فى عالم مدى مطابقة العلاج للعميل نظراً لإدراكنا مدى صعوبة البحث عن علاجات متخصصة تتناسب مع مشكلات العميل المختلفة (Mattson, 1998).

ينبغى الحرص على تجنب الإفراط فى تبسيط مسألة المهارة فى استخدام هذه المناحى والأساليب. هناك إغراء مفهوم يتمثل فى النظر للمنحى الأكثر تعقداً - ونعنى به هنا مقابلات الدافعية - على أنه منحى أكثر مهارة، أى إنه من الخطأ افتراض أن الأكثر تعقدا يعنى بالضرورة أكثر مهارة. ومع ذلك، فإن المنحى الأبسط تصوريا،

ونعنى به هنا المشورة المختصرة، يمكن أن يكون بعيداً عن السهولة إن كنا نتحدث عن التطبيق الكفء. إن أى شخص تعرض لموقف مثل هذا الذى واجهه الأخصائى الاجتماعى فى المثال الأول يعلم أن استخدام المشورة المختصرة فى مثل هذه الحالة يستلزم قدرا كبيراً من المهارة. فى الحقيقة، يقول الممارسون المحنكون إنهم يلاحظون بعد حياة مهنية تضم تقديم عدة آلاف من المشورات أن الخبرة قد علمتهم تبسيط مهارات الاتصال التى يستخدمونها، على سبيل المثال باستخدام أسئلة وعبارات الإنصات المبنى على المواجدة الأقصر، وتجنب الأهداف فائقة الطموح من المشورة. هذا هو ما سيقوله غالبًا الطاهى ذو الخبرة: يكمن الفن فى معرفة ما تستبعده وليس ما تضيفه. المشورة المختصرة، إذا ما تمت على أفضل وجه، يمكن أن يكون لها جودة مرتفعة تماثل تطورات وتعقدات مقابلات الدافعية. وغالبًا ما يمثل الوقت والموارد المتاحة اعتبارات مهمة وحاسمة، ويمكن أن تمثل المشورة المختصرة الاستخدام الفعال للموارد المحدودة. علاوة على ذلك، يمكن أن يعكس هذا أيضًا حكمًا أخلاقيًا يؤخذ فى الاعتبار يتعلق بعدم الخوض فى المسائل الشخصية التى تتعلق بالعميل الذى يطلب الإرشاد لسبب آخر. ينطوى قرار الاختيار الخاص بالمنحى الذى سيستخدم فى المواقف المختلفة القيام بعملية وزن وترجيح لنوع المهارات اللازمة لكل موقف.

عند النظر فى شكل (١٨-١) لابد أن يتحرك الممارسون من السؤال الخاص بأى المناحى والأساليب التى سيستخدمونها إلى السؤال الخاص بإجراء مقارنة بين مهاراتهم وتلك المذكورة. وينبغى أن يكون من الممكن تحديد الثغرات فى قائمة مهاراتهم، وذلك من خلال التعلم الموجه ذاتيًا والإشراف والتدريب. بعد النظر فى إطار العمل، قد يقول الممارس: "أريد أن أمارس مقابلات الدافعية، ولكن بعد دراسة هذا الإطار أدرك أنه ينبغى أن يكون الإنصات المتمعن أكثر مركزية فى ممارستى، ولكن دعنى أذكر نفسى، ما هو بالضبط الإنصات المتمعن؟ ما المهارات؟ كيف يمكننى تعلم هذه المهارات، وكيف يمكننى ممارستها"؟

التعلم والتدريب

تناولنا هذا الموضوع فى الفصلين الثالث عشر والرابع عشر، كما تم تحديده كتحدٍ خطير فى تطبيقات الصحة العامة فى الفصل السابع عشر. يرتبط بذلك تطبيقات إطار العمل المعروضة فى هذا الفصل. نأمل أساسًا أن يساعد ذلك المتدربين فى معرفة موقعهم وكفاءتهم بالنسبة لتدخلات تغيير السلوك وتحديد المهارات التى سيحتاجونها فى ممارستهم ليكونوا متسقين مع أسلوب معين. وينبغى أن يكون المدربون قادرين على وضع أهداف التعلم المتفق عليها بصورة مشتركة مع الممارسين. مع تقدم التدريب، يسمح إطار العمل لكل المعنيين بتقييم التقدم الذى يتم إحرازه والنظر فى مدى حاجة الممارسين إلى إضافة مهارات جديدة لبرامجهم الفنية.

لا تعد قائمة المهارات فى شكل (١٨-١) بأى حال من الأحوال شاملة وحصرية وقاطعة أو تمثل الكلمة الأخيرة حول هذا الموضوع؛ فقد يسأل المدربون عن مدى صحة المهارات من وجهة نظرهم؟ ماذا ينبغى استبعاده؟ وماذا ينبغى إضافته؟ هل للفئات فى شكل (١٨-١) صحة اسمية؟ ما الدعم الإمبيريقى المتاح لهذه الفئات؟

من بين المتضمنات الخاصة بالتعلم التى تبزغ من إطار العمل هذا هو أن الأمر سيستغرق المزيد من الجهد لتحقيق الكفاءة فى مقابلات الدافعية، وأنه كثيرًا ما يحتاج المرء فى أثناء تعلم المشورة المختصرة والإرشاد لتغيير السلوك لتشجيع الممارس على "ألا يفعل" أشياء معينة وأن "يتخلى عن بعض ما تعلمه" من العادات القديمة التى تتعلق عادة بإملاء أسباب التغيير وكيفيته على الأفراد، أو تتعلق باستخدام أسلوب المواجهة فى المقابلات؛ وأن بعض الممارسين قد لا يرغبون أو ليسوا مناسبين لأنواع معينة من التدخلات نظرًا لخلفياتهم أو لظروف العمل أو نظرًا لتفضيلاتهم فى التعلم، وأن تدريب طلبة الجامعة أو التدريب التأهيلى قد يركز مبدئيًا على المشورة المختصرة وبعض العناصر الأساسية للإرشاد لتغيير السلوك.

البحث العلمى

فى السعى إلى تحقيق الهدف من هذا الفصل، المتمثل فى توضيح العمل الداخلى لجهود تغيير السلوك، تتجلى إحدى المتضمنات البحثية بجلاء وبصورة لافتة للنظر – وهى أن تقييم التدخل المعقد ليس مسألة بسيطة. فقد يجد مؤلفو ومراجعو الخطط البحثية أن إطار العمل فى هذا الفصل مفيد فى تحديد وفهم الأسلوب الذى سيخضع للتقييم. وسوف تستفيد الدراسات من العمل التنموى الذى يسبق سؤال المرحلة النهائية الخاص بفاعلية منحى أو أسلوب معين (انظر الفصلين السادس عشر والسابع عشر)، وقد يشمل ذلك تناول المسائل التالية:

- ما شكل الممارسة الحالية وما المهارات التى يستخدمها الممارسون؟
- ما مدى مناسبة المنحى المختار للموقف؟ ما هو مزيج المهارات والمنحى الذى يناسب هذا الموقف؟ وما ردود فعل العملاء؟
- ما مدى اكتساب وإتقان الممارسين للكفاءة فى أثناء التدريب؟ وما طرق التدريب التى استخدمت؟ هل كان الممارسون قادرين على استخدام المهارات عند تقديم الاستشارات الفعلية؟
- هل تم رصد ومراقبة عملية تقديم المنحى على نحو كافٍ ومن خلال أدوات قياس ثابتة وصادقة؟

هذه القائمة ليست بأى حال شاملة حصرية، فهى تتجاهل على سبيل المثال تقييم النتائج. ومع ذلك، فهى تثبت أنه ما لم يتم منح الاهتمام لما يقوم به الممارسون فعلاً فى التدريب وفى الاستشارات الفعلية، فسوف يشوب نتائج الدراسة، لا محالة، بعض التحفظات والشكوك، وهو الموضوع الذى يتضح جليا من خلال المراجعة الواردة فى الفصل السادس عشر.

التعديلات الاختصارية مرة أخرى

فى ضوء إطار العمل الوارد فى إطار (١٨-١)، يمكن أن نستنتج، بديهيا، أن كثيراً من التعديلات التى تمت مراجعتها فى الفصلين السادس عشر والسابع عشر والفصول من العشرين إلى الرابع والعشرين، إنما هى أمثلة للإرشاد لتغيير السلوك أو حتى مشورة مختصرة. ونحن مضطرون إلى التكهن حول هذا الموضوع، لأنه ليس واضحًا بالضبط ما المهارات التى استخدمها الممارسون؛ فمثلاً، استخدمت الدراسة الأولى لأحد التعديلات (Rollnick et al., 1992) منحى موثقًا بدرجة جيدة كان يسمى، ربما من باب الطموح، مقابلات دافعية مختصرة. ومع ذلك، لم يتضمن بناء المنحى الاستخدام النقى المصقول للإنصات المتمعن، كما لم يتم رصد أدائه بشكل جيد. حقيقة أن المتلقين تغيروا - وأنهم قد انخرطوا فى حديث التغيير فى ظل ظروف صعبة فى بيئة مستشفى - لا تعنى أن الممارسين قد استخدموا مقابلات الدافعية. وينبغى أن يتيح إطار العمل الذى قدمناه هنا لهؤلاء الذين يطورون تعديلات مقابلات الدافعية تجنب عدم الدقة من هذا النوع.

خلاصات

إذا ما ألقينا نظرة إلى الوراء على مدى السنوات العشر الماضية فى مجال مقابلات الدافعية وما يتعلق بها، فقد يصلنا انطباع بأن الممارسين والمدربين والباحثين يتعلمون بمرور الأيام خلال عملهم! هناك الكثير من الحقيقة فى هذا القول. وقد لعبت عمليات الاستقراء بلا شك دورا رئيسيًا فى تطوير المناحى والأساليب التى يتم نقلها من خلال اللقاءات الإكلينيكية وخبرات وتجارب التدريب والتحديات التى تفرض محاولة تقييم الكفاءة والفعالية. وقد أدى ذلك إلى بعض الالتباس حول المنهج الذى يجب تعلمه وممارسته وتقييمه، كما أدى إلى توليد الإبداع أيضًا. يهدف هذا الفصل إلى تشجيع هذا النشاط على المضى قدما بخطوات واثقة قائمة على المهارات ومتحررة من الالتباس المحتمل بين أسماء المناحى والأساليب. وقد اقترحنا ثلاثة مناهج، تختلف فى درجة تعقدها، كوسائل ممكنة.

هناك بلا شك شوق إلى حل سريع فى بعض المجالات، حيث يرتبط البحث عن منحى وجيز حقًا بالرغبة فى الوصول إلى شيء يمكن تطبيقه. فى الحقيقة، يعتبر تبادل الحوار عالى الجودة حول تغيير السلوك دليلا على مهارة لا يعادلها اتباع وصفة. لذلك قد يوجد حل فنى، ولكنه لن يكون على أساس مقابلات الدافعية أو الإرشاد لتغيير السلوك أو الأسلوب الذى يتمركز حول المريض.

شكر وتقدير

قام بتنسيق كتابة هذا الفصل ستيفين رولنيك **Stephen Rollnick** وقد شارك باقى المؤلفين بالتساوى، ولذلك رتبنا أسماءهم أبجديًا. ونحن ممتنون بصدق لزملائنا فى الشبكة الدولية لمدربى مقابلات الدافعية الذين ساهموا أيضًا فى هذا الجهد فى مراحله الأولى:

Hal Arkowitz, Chris Dunn, William Miller, and Ken Resnicow.

الفصل التاسع عشر

دور القيم فى مقابلة الدافعية

CHRISTOPHER C. WAGNER and FRANCISCO P.
SANCHEZ

"لو أخرجت ما بداخلك، ربما يُنقذك ما أخرجته".
إنجيل توماس.

يغير الأفراد سلوكهم وأسلوب حياتهم للعديد من الأسباب؛ فالبعض يتغير لأن أسلوب حياتهم الحالى لم يعد يجلب لهم السرور أو المتعة الكافية، بينما يتغير البعض الآخر بسبب قوى خارجية تفرض عليهم التغيير، فى حين أنه لا يزال يتغير آخرون لأن أسلوب حياتهم لم يعد يناسب هويتهم. تمثل قيم الفرد فى كل من هذه المواقف عناصر فى عملية التغيير.

يركز هذا الفصل على استخدام قيم العميل كوسيلة لزيادة الدافعية للتحرك نحو نمط حياة أكثر إرضاء وإشباعًا (تناول الفصل الثانى عشر القضايا المتعلقة بقيم المرشد). يساعد التركيز على القيم فى تقدير الفرد لتلك الأشياء الحيوية التى تفوق أهميتها بالنسبة له تعاطى المخدر أو السلوكيات الأخرى المُشكِلة (Miller,1998)، كما يساعده على تحديد نوعية الحياة التى يريد أن يحياها، وكذلك نوع الشخص الذى يرغب أن يكونه، وبالتالى يزيد من عزمه على تبنى التغيير.

القيم والسلوك

ما القيم؟

لإلقاء نظرة عامة على القيم، استعنا باثنين من المؤلفين؛ لأن أعمالهم قابلة للتطبيق المباشر فى مقابلات الدافعية، وهما كارل روجرز (Rogers, 1964)، الذى قدم علاجه المتمركز حول الفرد أسسا تصورية لمقابلات الدافعية، والذى عرف نوعين من القيم؛ فهو يعرف "القيم الفعالة" بأنها "ميل أى كائن حى لأن يعلن من خلال أفعاله تفضيله لنوع ما من الأشياء أو الأهداف بدلاً من غيره" (p14)، كما عرف "القيم المدركة" بأنها "تفضيل الفرد لشىء له رمزية خاصة بالنسبة له" (p14) تعد التفضيلات فى المصطلح الأول سلوكية وفى المصطلح الثانى تصورية. ويعتقد ميلتن روكيتش (Milton Rokeach, 1973, 1979) أن إحدى مهام القيم هى أن تُحفز وتدفع، ويُصور القيم إما كأساليب للسلوك (القيم الوسيلية، مثل الطاعة والمساعدة والحُب) أو كغايات نهائية (القيم الغائية العليا مثل الحكمة والتقدير الاجتماعى واللذة). القيم الوسيلية محفزة، لأنها تُمثل الأساليب المثالية للسلوك الضرورية للوصول إلى الهدف النهائى، بينما تحفز القيم الغائية لأنها تُمثل الهدف النهائى.

نخلص من هذه التعريفات فى هذا الفصل بتصور القيم بأنها إما مثاليات سلوكية أو تفضيلات للخبرات. بالنسبة للمثاليات السلوكية، تعمل القيم كأحكام لما هو جيد أو غير ذلك بمطابقة وصفات السلوك بما يتسق مع المعتقدات. فعندما يصرح عميل بأن القيمة المهمة بالنسبة له هى "محبة الناس لبعضهم بعضًا" فقد أشار هذا العميل إلى أنه من "السيئ" إيذاء الآخرين عمداً أو ربما حتى إهمالهم. أما بالنسبة لتفضيلات الخبرة، توجه القيم الأفراد نحو السعى للمواقف التى يشعرون فيها بإثارة أو استرخاء أو حداثة وتجديد أو منافسة أو راحة أو انتماء أو أمن. وبينما قد يكون لدى العميل معتقدات تتطابق مع هذه النشاطات (على سبيل المثال: "كونى نشيطا يُبقينى فى صحة جيدة...")، غالبًا ما تكون الخبرة هى التى فى مركز القيمة (ومثال على ذلك: "... لكن الأهم من ذلك، أن مجرد الجرى يُشعرنى بالارتياح").

بنـاء القيـم

يقترح هرم الدافعية لأبراهام ماسلو (Abraham Maslow, 1970)، والذى عادة ما يوصف بأنه هرم "الحاجات"، بناءً هيراركيًا للقيم، تتفوق فيه الحاجات البيولوجية ـ فالبشر يقدرون بصفة عامة (ويسعون لإشباع) الاحتياجات البيولوجية اللازمة لبقاء الجسم وللحماية من الألم أو الخطر ولتيسير اللذة ويعطون هذه الاحتياجات أولوية وأفضلية عن تلك الأنشطة التى لا تخدم هذه الغاية. عندما يتم إشباع الحاجات الحيوية بنسبة كبيرة، تبرز الحاجات الاجتماعية (القيم): القبول من قبل الآخرين والإحساس بالانتماء ونيل الاهتمام والقبول والمدح. وبعد تأمين الواقع الاجتماعى، تبرز القيم النفسية – تلك المتعلقة بالإنجاز والمعرفة والفهم. أخيرًا، يميل الأفراد لتتبع القيم "الأعلى" المتعلقة بالجمال وتحقيق الذات والإبداع وتخطى حواجز الهوية.

أحد تطبيقات بناء ماسلو أنه عندما يُجبر الشخص على الاختيار بين سلوك يحقق فقط حاجة ذات رتبة منخفضة فى هرم الحاجات وسلوك آخر يُحقق حاجة أعلى فى الهرم، فمن الطبيعى أن يختار السلوك الأول، وهكذا عندما يساعد تعاطى المخدر أو سلوك مُشكل آخر الفرد على الهروب من الألم أو الحصول على اللذة، فمن الطبيعى إذن أن يستمر الشخص فى هذا السلوك على الرغم من الرفض الاجتماعى. عندما يفى السلوك المُشكل بالاحتياجات البيولوجية والاجتماعية، مثل الانتماء إلى مجموعة قرناء، فمن الطبيعى أن يستمر الشخص فى هذا السلوك حتى وإن تعارض مع مساعٍ ذات رتبة أعلى فى هرم الحاجات لتحقيق الإنجاز أو تحقيق الذات. يتطلب تفضيل سلوك يشبع هذه الحاجات ذات المستوى الأعلى على السلوك المُشكل الذى يفى بالاحتياجات ذات الترتيب المنخفض أما الثقة بأن السلوك الجديد سيستمر فى الوفاء بالاحتياجات ذات الترتيب المنخفض أو يتجاوز الترتيب الطبيعى للدوافع. من وجهة النظر هذه، قد يكون السلوك الذى يتفق مع القيم ذات المستوى الأعلى استثناء وليس قاعدة.

وقد اقترح كل من شوارتز وبيليسكى (Schwartz, Biisky, 1987) نموذجًا بنائيًا آخر من خلال تصنيف القيم إلى ثلاثة أنواع: قيم بيولوجية، وقيم تفاعلية، وقيم اجتماعية

مؤسسية، ثم قاما، باستخدام مسح روكيتش (Rokeach, 1973) للقيم، بالتحقق من سبعة أبعاد للقيمة تؤدى إلى الأهداف الفردية أو الجماعية كالآتى: المُتعة والإنجاز وتوجيه الذات (فردى) والنضج والأمن (مختلط) والالتزام والميل للتعايش مع الآخرين (جماعى). هذا وقد اقترحا بُعداً آخر، وهو السلطة الاجتماعية، ولكن لم يكن فى قوائم روكيتش علامات أو مؤشرات لفحص هذا البُعد. تشير هذه الدراسة إلى وجود أبعاد للقيمة ثنائية القطب: الأهداف الفردية فى مقابل الأهداف الجماعية: والتوجه الذاتى فى مقابل الالتزام والامتثال للمجتمع، والإنجاز الفردى فى مقابل قيم المصلحة الجماعية. بالإضافة إلى ذلك، أبديا دعماً لبعد المتعة فى مقابل القيم الجماعية. لا تعنى هذه النتائج أن الفرد لا يستطيع أن يحمل مجموعات متعارضة من القيم؛ ففى الحقيقة هناك بعض الدلائل التى تشير إلى أن الأفراد لديهم بنائات وهياكل مختلفة للقيم لأدوار الحياة المختلفة (العمل مقابل الاجتماعية؛ Brown & Crace, 1996).

الاتساق بين القيم والسلوك:

هناك إغراء للاعتقاد بأن السلوك يتسق، بصفة عامة، مع القيم؛ فالفرد الذى يؤمن بقيم العدل لا يحتال أو يغش، والفرد الذى يؤمن بقيم الأمانة لا يكذب. على الرغم من ذلك، هناك من الأدلة القوية ما يشير إلى وجود عوامل أخرى تؤثر على السلوك. فمثلاً، فور التأكيد على أن "الاهتمام بالآخرين" هو أساس عقيدتهم الدينية، داس طلاب كلية اللاهوت، وهم فى طريقهم لمحاضرة حول القصة الرمزية الخاصة بالسامرى الطيب، على رجال سقطوا فى دهاليز الكلية يصرخون طلباً للمساعدة ولم يتجشموا عناء مساعدتهم، ببساطة لأن الطلاب قد قيل لهم إنهم تأخروا عن العرض الخاص بهم (Darley & Batson, 1973). كما يبدو أن تجاهل المارة المعنيين بنداءات الضحايا والجرحى وحالات الطوارئ الأخرى للمساعدة يرجع إلى شعورهم بالتثبيط بسبب عدم تدخل المتفرجين الآخرين الذين يتصادف وجودهم فى نفس الوقت (Darley & Latane, 1968; Latane & Darley, 1968). حتى عندما يقل المجهود المطلوب إلى مجرد تشنج عضلى

ومصممصة من الشفاه، يستمر الأفراد فى إعطاء صدمات مؤلمة للمتطوعين الأبرياء ببساطة، لأن المجرب يقول لهم "ليس لديكم خيار" (Milgram, 1963, p377). لا تنفى هذه الدراسات حقيقة أن الناس غالبًا ما يتصرفون بالتطابق مع القيم التى يؤمنون بها علنًا، على الرغم من أنهم يثيرون الشكوك حول قوة هذه القيم عندما يكون تجاه الموقف معاكسًا لهذه القيم.

على الرغم من أنه لا يمكن إنكار تأثير المواقف على السلوك، فليس هذا التأثير مطلقا، فالسلوك ينتج من التفاعل بين جذب وتأثير الموقف والظرف من جهة والميول الشخصية من جهة أخرى، فالأفراد يختارون المواقف التى يشتركون فيها، ويفسرون خصائص المواقف والظروف، ثم يقررون الاختيارات السلوكية. يبدو أن الدافع للتصرف بأسلوب يتطابق مع القيم يُعزّز عندما يميز الفرد قيمًا شخصية أعلى وبارزة فى الموقف موضع البحث، أو عندما يؤسس توجهات قوية عن الموقف على أساس الخبرة الشخصية (Schuman & Johnson, 1976) أو عندما تكون لديه أهداف سلوكية واضحة المعالم ومتحدية (Locke & Latham, 1990) ويعزز توقع النتائج الإيجابية أو الإحساس بالفعالية الذاتية من الاتساق بين السلوك والقيم (Bandura,1986; Feather, 1992)، كما تفعل حالة مزاج إيجابية (Feather, 1992).

ومع ذلك، وعلى أية حال، يبدو أن هناك عدة عوامل تقلل من التطابق بين القيم والسلوك، حيث يبدو أن ضعف التعرف على الصلة بين القيم وبين اختيارات سلوكية معينة يقلل من التطابق (Kristiansen, 1985)، كما يفعل ضعف التعرف على النتائج السلبية للسلوك على الفرد أو على الآخرين (Schwartz, 1974) كذلك يقل التطابق بين القيم والسلوك أيضًا عندما يتنصل الأفراد من المسئولية الشخصية للتصرف بأسلوب يتطابق مع القيم أو يتنصلون من العواقب الناتجة (إرجاع المسئولية بدلاً من ذلك إلى الموقف نفسه أو إلى أشخاص آخرين أطراف فى الموقف) (Schwartz & Howard,1980). بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن التطابق بين السلوك والقيم يقل عندما تعبر نماذج القدوة الإيجابية عن رفضها للقيم ذات الصلة أو عندما تؤيد نماذج القدوة السلبية هذه القيم (Schwartz & Ames, 1977).

تشير هذه النتائج وغيرها إلى إمكانيات لتسهيل الاتساق المتزايد بين القيم والسلوك فى الإرشاد؛ حيث يمكن للمرشد تشجيع العميل على تبنى دور فاحص للذات (Hermans, 1987). وأن يتأمل بعناية العلاقة بين القيم الشخصية والسلوك الشخصى (Conroy, 1979; Kristiansen, 1985; Wojciszke, 1987)، مع وضع الخبرات الشخصية السابقة والمعلومات الخارجية الموثوقة فى الاعتبار (Fazio&Zanna, 1981; Schuman & Johnson, 1976). يستطيع المرشد أن يساعد العميل فى تحديد الأهداف وتقدير اختيارات القيمة التى تبرزها المواقف المختلفة وعواقب القيام باختيارات معينة وزيادة الأمل والثقة والتوجه الإيجابى. قد يتمكن العميل– من خلال المناقشة – من إدراك أن نظام القيم الخاص به مستقر وواضح على نحو متزايد (Schwartz & Howard, 1980)، إلا إنه لا يصل لأن يكون متصلبًا (Rogers,1961) مع مرور الوقت، يتولى العميل مسئولية متزايدة لكى تتطابق القيم مع اختيارات السلوك (Schwartz&Howard, 1980)، وكذلك المسئولية عن عواقب تلك الاختيارات (Schwartz, 1974).

تقدم هذه النتائج بعض الإرشادات للمرشدين النفسيين الذين يشجعون العملاء للتحرك فى اتجاه مطابقة القيم، على الرغم من أن هناك تحذيراً مهماً: يحتاج المرشد لأن يراه العملاء "كمرجع إيجابى" وإلا فإنه يجازف بتقوية معارضة العملاء للمعلومات أو للاقتراحات التى يقدمها (Schwartz & Ames, 1977).

القيم والسلوك المُشكل

نركز هنا على ثلاث وجهات نظر وردت فى الأدبيات الخاصة بالعلاقة بين القيم والسلوك المُشكل، وهى: قد يكون السلوك المُشكل موجهًا للذات فى الأساس (صالح للفرد، لكنه ضار بالآخرين)، أو قصير البصيرة (صالح للفرد الآن، لكن يضره لاحقا)، أو غير كفء (يشبع بعض الاحتياجات أو القيم، لكنه يمنع إشباع الاحتياجات أو القيم الأخرى). للمساعدة فى توضيح هذه النقاط والمناقشة اللاحقة، نقدم حالة تينا كمثال.

تينا امرأة تبلغ من العمر ٣٣ عامًا تقدمت لمؤسسة محلية للعلاج من تعاطى المخدرات بعد القبض عليها بتهمة حيازة الكوكايين، حيث كانت تبدو منهكة وبصحة سيئة، وقد ذكرت أنها تدخن الكوكايين فى عطلات نهاية الأسبوع الممتدة منذ فترة طويلة وتدخن علبة سجائر يوميًا وتشرب النبيذ والبيرة فى أثناء تعاطى الكوكايين، وهى تعيش فى مسكن شعبى مع أمها، وهى عاطلة حاليًا ومصدر دخلها الوحيد هو المال الذى تحصل عليه من خلال "ترويج" المخدرات بين التجار والمشترين. لديها بنتان، أعمارهن ثمان وإحدى عشرة سنة تتركهما بانتظام مع والدتها فى أثناء انغماسها فى شهواتها، وكانت تقضى فى الماضى وقتا طويلاً مع بنتيها وتساعدهما فى الواجب المنزلى وتلعب وتتسوق معهما، ولكن كل هذا قد تناقص بشكل جوهرى خلال السنة الماضية.

يُفهم الأفراد الذين يبدُون سلوكًا مُشكلاً أحيانًا على أنهم "يفتقرون للقيم"، وقد يُنظر إليهم على أنهم أنانيون ويفضلون اللذة الشخصية على القيم الأخرى المتعارف عليها فى المجتمع مثل الاهتمام بالأسرة أو المشاركة فى شئون المجتمع (Peele, 1990). يتجلى ذلك واضحا إذا ما ذكرنا أحد الأمثلة لمثل هذا التفكير وهو النموذج الأخلاقى للإدمان الذى يعتبر تعاطى المخدر عملا لا أخلاقى وانغماسًا غير مُقيد فى القيم المتمركزة حول الذات. يمكن اعتبار تعاطى تينا للكوكايين فى مثالنا مُمثلا للقيم الموجهة للذات؛ حيث إنها أهملت بنتيها فى أثناء تعاطى الكوكايين.

السلوكيات "قصيرة البصيرة"، هى تلك التى تجلب مكافآت قصيرة المدى بينما تتجاهل وتهمل العواقب السلبية طويلة المدى. فغالبًا ما يؤدى تعاطى المخدرات والسلوكيات الأخرى المُشكلة إلى مكافآت فورية تتمثل فى مزيد من البهجة أو الاسترخاء، بالإضافة إلى مكافآت أخرى قصيرة المدى مثل الإثارة والإحساس بالانتماء لمجموعة من الأقران. وعادة ما تفقد هذه السلوكيات تلك القدرة على إشباع حاجات على المدى البعيد وتصبح غير مُرضية. فمثلاً، من الطبيعى ومن علامات الصحة النفسية السوية شعور المرء بالرغبة فى الانتماء لمجموعة من الأقران يشاركونه الخبرات ووجهات النظر، ولكن عندما يكون القاسم المشترك بين أعضاء المجموعة هو تعاطى المواد المخدرة قد

يجد المرء إشباع احتياجه للانتماء لكن بشكل مؤقت فقط، وقد تذوب الروابط الاجتماعية بمجرد اختفاء المواد المخدرة. فى مثال الحالة التى نحن بصددها، تعد سلوكيات تينا المُشكلة قصيرة البصيرة: فهى تجلب لها اللذة والإثارة الآن، ولكنها قد تؤدى على المدى الطويل إلى شعورها بعدم الرضا عن النفس والشعور أيضًا بأن الحياة قد ضاعت وأُهدرت، ناهيك عن العواقب القانونية التى تحول دون حصولها على وظيفة مُرضية أو نمط حياة مُرضٍ.

تحقق السلوكيات "غير الكفء" احتياجات معينة على حساب الاحتياجات الأخرى؛ فتعاطى المخدرات المكثف قد يحقق قيم الاسترخاء واللذة، بالإضافة إلى الانتماء، بينما يقلل فى نفس الوقت من قيم الإنجاز واحترام الذات، فتعاطى تينا للكوكايين يمنحها البهجة ويجعلها تشعر أن نمط الحياة المحيط بها مثير، غير أن تحقق هذه الاحتياجات يكون على حساب القيم الأخرى التى تؤمن بها حول دور الأمومة والإنجاز واحترام الذات.

بينما يمكن لنقاط التركيز هذه المساعدة فى تحليل السلوكيات المُشكلة لدى العميل، من الأفضل تجنب وضع فروض أولية قوية حول ماهية القيم التى تقود هذه السلوكيات، حيث إن تصوراتنا عن ماهية القيم الأكثر أهمية قد تحول دون توصلنا لفهم دقيق لنظام القيم الخاص بالعميل. يمكن أن يقلل المرشدون من تأثير انحيازهم من خلال استكشاف هذه الأفكار مع العملاء، وسؤال العميل بأن يحدد بشكل محتمل السلوكيات الموجهة ذاتيًا أو السلوكيات قصيرة البصيرة أو السلوكيات غير الكفء، وذلك لأخذها بعين الاعتبار. وقد تقلل مناقشة السلوكيات المُشكلة فى سياق القيم التى يخدمونها من المقاومة، لأن العملاء هم الذين يحددون بأنفسهم السلوكيات وأى صراعات أو عواقب غير مرغوبة بالنسبة للقيم التى يؤمنون بها. وبمجرد تحديد هذه العلاقات، قد يقرر العملاء أنهم ليسوا بحاجة لتغيير قيمهم فى حد ذاتها، ولكن يجب أن يجدوا ببساطة طرقًا مختلفة لتحقيق تفضيلاتهم للخبرات. على الرغم من أن المرشد قد يُعلم العميل بالطرق التى تمكن الآخرون من تنفيذها، لا يستطيع أحد سوى العميل استكشاف ما السلوكيات الأخرى التى تلبى احتياجاته وتتفق مع مثالياته الشخصية.

يساعد الإبداع فى هذه المهمة، حيث إن السلوكيات التى "تصلح لذلك" قد تكون ذات طبيعة اجتماعية أو مهنية أو تعليمية أو ترفيهية أو تربوية أو فنية أو روحية. بالنسبة لتينا، التى تقدر كلا من الإثارة والاستقلال الذاتى، قد لا يكون الهدف تغيير هذه القيم ولكن ربما يكون إيجاد طرق أقل إشكالاً لتحقيق هذه القيم، سواء كان هذا من خلال الرقص أو بناء مستقبل مهنى أو حتى ربما الملاكمة.

القيم والعلاج النفسى

مداخل نظرية

تعد النظرية الإنسانية[1] أحد الأسس التى تصوغ دور القيم فى مقابلات الدافعية، فمن بين العقائد الأساسية للنظرية الإنسانية التأكيد على أن الأفراد مدفوعون بالرغبة فى النمو وتوجيه الذات (Rogers, 1964)، وأنهم يكافحون باستمرار لتحقيق إمكاناتهم وقدراتهم (Maslow, 1967) ويرى روجرز أن الأطفال والمراهقين إذا ما شعروا بالتقدير والمكافأة أو الرفض بسبب سلوكيات مختلفة، فإنهم يتعلمون تقدير وإجلال أو ازدراء هذه الجوانب من الذات التى تمثل أساسا لمختلف السلوكيات. نظراً لأن سلوكيات معينة تلقى، على نحو متسق (أو بحدة) الرفض أو العقاب، يميل الأفراد إلى "إغلاق" أو "التنصل من" هذه "النواحى" فى ذواتهم. يرجح أن يصبح الأفراد الذين يتلقون رفضاً كبيراً أو "نظرة سلبية" أكثر افتقارا للتعرف على المشكلات الشخصية وانخفاض الرغبة فى التغيير وانخفاض الوعى بالمشاعر والقيم الداخلية وتجنب العلاقات الوثيقة، ويصبحون غير راغبين فى التواصل مع الآخرين بشأن مشاعرهم ومعاناتهم الداخلية. يتضمن علاج روجرز، المتمركز حول العميل، توفير جو شخصى يصبح العملاء فيه على وعى متزايد وأكثر قبولاً لتجاربهم وخبراتهم وقيمهم، وأكثر وعيا بسمات الذات التى تنصلوا منها، وعلى وعى أكثر بحاسة توجيه الذات. أشار روجرز (١٩٦١)

---

١ Humanistic theory.

أن العملاء غالبًا ما يقدرون بشكل متزايد توجيه الذات ومرونة السلوك والإحساس بالذات وقبول تعقيداتهم الداخلية ومشاعرهم المتناقضة والانفتاح على الخبرات الداخلية التى كانت مهملة أو مرفوضة قبل ذلك وقبول الآخر والثقة بالنفس. بالإضافة إلى ذلك، لوحظ أن العملاء يرفضون على نحو متزايد المظاهر الزائفة والاضطرار للعيش وفقًا لمعايير وتوقعات ومكافآت الآخرين.

يشير عمل مورير Mowrer (١٩٤٥) عن التعلم التكاملى إلى أن التعلم يمكن أن يتعطل بسبب الهوة الزمنية بين النتائج المتناقضة قصيرة وطويلة المدى لفعل ما، والسير فى "حلقة مُفرغة" أو استراتيجية غير تكاملية. فمثلاً، تعاطى تينا للكوكايين يمنحها الإثارة، فإيجاد سبل للحصول على المال والمخاطرة فى الحصول على المخدر يغذى رغبتها فى المغامرة والإنجاز، ويمنحها تداولها للمخدرات دعمًا من الآخرين، حيث يتمتع التجار والمُشترون برؤيتها ويدعمونها لأنها تساعدهم، ويعتبر تعاطى الكوكايين بمثابة مكافأة لها لنجاحها فى إكمال "المهمة"، كما أن خصائص الكوكايين التى تسبب النشوة تمثل إضافة إلى مشاعرها الإيجابية. على الرغم من ذلك، تشعر تينا، فى نهاية كل مهمة تستغرق عدة أيام، بالخجل لإهمالها بناتها، وتشعر بأنها كانت "مُستغلة" من قبل التجار والمشترين، وتشعر باكتئاب فى المزاج، وبأنها خذلت نفسها وأسرتها مرة أخرى وأنها "أهدرت" هذه المدة من حياتها. قد يعزز تركيز تينا، فى هذا الموقف، على قيمها الخاصة بالأمومة والإنجاز من بصيرتها حول الطبيعة غير التكاملية لنمط سلوكها، وقد تُحجب هذه البصيرة بسبب التأخير فى الربط بين النتائج المرغوبة قصيرة المدى من المتعة والإثارة والمغامرة، وبين العواقب غير المرغوبة طويلة المدى من الشعور بالخزى أو الخجل والمزاج المكتئب.

يساعد "العلاج التكاملى" لمورير (١٩٦٦) العملاء الذين يعترفون بإراداتهم الحرة بمسئوليتهم عن أفعالهم التى يجدونها مزعجة؛ حيث يعزو مورير الضيق النفسى والحزن إلى نقص التكامل أو التطابق بين سلوك الفرد والمعتقدات الأخلاقية؛ وتبدأ الراحة النفسية بالاعتراف بالطبيعة المزعجة للسلوك. وفقا لمورير، "إن ما يعالجنا هو

الصدق الذى نتحدث به وليس العلاج الذى نتلقاه" (1996, P.114)، وهو يصف الحديث عن هذه الحقيقة بأنه "مؤلم ولكنه يسمح بالكشف والإفصاح عن الذات". فبمجرد أن يسكتشف الأفراد ذواتهم بصدق، بما فى ذلك التناقض بين السلوك والقيم المُثلى، فإنهم يحررون أنفسهم من الضيق والحزن.

ويفترض روكيتش (١٩٧٩) أن القيم تقوم مقام علامات الدافعية؛ حيث تُحفز زيادة الاتساق بين القيمة والسلوك، وبالتالى تحسن من تقدير الذات، ويرى أيضًا أنه على الرغم من أنه يمكن لأفراد مختلفين أن يؤمنوا بقيم مماثلة، فإن الفروق فى الأهمية النسبية لكل قيمة قد تفسر الفروق فى سلوكهم. ويشتمل منحاه المعروف باسم "قيم مواجهة الذات" (VSC)[١] ترتيب الأفراد لتفضيلاتهم من القيم فى قائمة ثم مقارنة هذه القائمة بالقائمة الخاصة بمجموعة إيجابية مرجعية، ثم مناقشة تطبيقات أولوية الترتيب.

دراسات إمبيريقية

على الرغم من أننا قد كشفنا عن نتائج لدراسات منشورة قليلة نسبيًا تركز على مقاربات موجهة نحو القيم مع السلوكيات المُشكلة، كان ما وجدناه ذا قيمة تعليمية؛ حيث كشفت إحدى الدراسات التى أجريت على المدخنين الشرهين الذين تلقوا علاجًا فى عيادة للإقلاع عن التدخين عن فروق بعد العلاج فى معدلات التدخين بين المجموعة التى شاركت فى ترتيب القيم حسب الأولوية لديهم ثم شاركت فى عملية الفحص، فى مقابل المجموعة الضابطة، فى نهاية اليوم الإكلينيكى التاسع عشر، كانت المجموعة الضابطة تدخن بمعدل ٢٨٪ من معدلها قبل العلاج، بينما كان معدل مجموعة القيم ٥٪ من متوسط معدلها قبل العلاج، واستمرت هذه الفروق حتى المتابعة التى تمت بعد شهرين (Conroy, 1979).

---

١ Values Self-Confrontation.

اسـتـخـدم شـوارتز وانبـار سـابان (Schwartz and Inbar-Saban, 1988) منحى المواجهة الذاتية للقيم لروكيتش مع أفراد يعانون من السمنة ويرغبون فى نقص الوزن؛ قام الباحثون بتقدير أولويات القيمة لدى هؤلاء الأفراد، ثم ناقشوا تطابق هذه الأولويات مع الأولويات المُصنفة التى تفاضل بين مجموعتى الدراسة التجريبية: مجموعة نقص الوزن (الحكمة = ٢، السعادة =١١)، ومجموعة عدم نقص الوزن (الحكمة = ٥، السعادة = ٥). فقد الأفراد الذين خضعوا لإجراء المواجهة الذاتية للقيم وزنًا عبر الشهرين التاليين أكثر من المجموعة التى لم تتلق هذا الإجراء، وأكثر من المجموعة الضابطة التى اكتفت بالنقاش، واستمروا فى فقد الوزن أكثر من المجموعة الضابطة التى اكتفت بالنقاش على مدى الشهور الاثنى عشر التالية (وهو ذات الوقت الذى تلقت فيه المجمـوعة – التى لم تتلق أى علاج – المواجهة الذاتية للقيم، وقد فاقت أيضًا مجموعة الضبط التى اكتفت بالنقاش). أسفر منحى المواجهة الذاتية للقيم عن تغير فى القيم بين المشاركين نحو التطابق مع المجموعة المرجعية الإيجابية، كما أثر تغير القيمة على نقص الوزن، ويفتـرض من ذلك أنه قد تم من خلال زيادة التـذمر وعدم الرضا عن التناقض بين درجات الأفراد ودرجات المجموعة المرجعية.

على الرغم من عدم استخدامهم لأى منهج متوجه صراحةً نحو مسألة القيم، أشار داونى وروسينجيرن ودونوفان (٢٠٠٠) إلى أن إدراك التناقض بين تعاطى المخدرات والمعايير الذاتية كان يمثل دافعًا مهمًا وجوهريًا للامتناع عن التعاطى بين الأفراد الذين اشتركوا فى برنامج علاج من الإدمان، يتضمن تدخلاً مختصرًا من مقابلات الدافعية. كما راجع مقالهم أيضًا الأدبيات التى تناولت العلاقة بين السلوكيات الإدمانية وقضايا الهوية، وهى بؤرة ترتبط بشدة ببؤرة اهتمام فى هذا الفصل.

القيم ومقابلات الدافعية

لمـاذا نركز على القيم ؟

من منظور النظرية الإنسـانية، تنطوى مقابلات الدافعية على مساعدة الأفراد على التعرف على ذواتهم الحالية، ثم متابعة الحركة من الذات الأولى الحالية نحو الذوات الثانية المثالية. هكذا، قد يساعد التركيز على القيم على زيادة إحسـاس الفرد بأهمية التغيير، فضلا عن تحديد اتجاه التـغيير. قد يساعد المرشد عملاءه على تقدير ذواتهم الحالية بصورة أكبر وأكمل، من خلال استثارة مناقشة مع العميل للسلوكيات المُشكلة فى علاقتها باختيارات القيم الموجهة نحو الذات، أو القيم ذات البصيرة قصيرة المدى، أو القيم غير الكفء. قد يساعد ذلك العملاء على استكشاف أسباب الاستمرار فى التورط فى سلوكيات أقل من المثالية، على الرغم من نتائجها السلبية. عندما يمكن النظر للسلوكيات المُشكلة كاختيارات (خاطئة أو مضللة) لتحقيق الغايات القيّمة، قد يصبح الأفراد أقل دفاعًا عن اختياراتهم وأكثر انفتاحًا لاستكشاف وسائل أخرى لتحقيق قيمهم.

يمكن أن يساعد التركيز على القيم فى تعريف الفرد على "ذاته المثالية" من خلال استكشاف هذه المثاليات السلوكية التى يرددها العميل وتجد صدى لديه. أحيانًا ما ينسى الأفراد هذه القيم أو يرفضونها، لأنها ساذجة أو غير قابلة للتحقق ومجرد التركيز على هذه المثُل يمكن أن يساعد العميل على استكشاف السلوكيات الحالية المتناقضة مع السلوكيات المثالية. فى مثالنا، قد يساعد تركيز تينا على ذاتها المثالية، كأم صالحة تتمتع بصحة جيدة، على تقديرها للمشكلات التى تجرها عليها ومحاولتها لعيش نمط حياة فتّان ومثير وسريع. وهكذا، ترشد قيم العميل اتجاه التغيير وتوجهه.

قد يُحفز التركيز على القيم الدافع للتغيير، فقد يحث التركيز على التناقضات بين ظروف الحياة المثالية وظروف الحياة الفعلية الرغبة "لإعادة معايرة" السلوكيات اليومية حتى تكون أكثر تطابقًا مع المعتقدات الراسخة فى الأعماق. فقط يدفع وعى العميل

بإحساس أعمق بالذات وبالقيم لأن يصبح على وعى متزايد بأن السلوكيات المُشكلة تشبع احتياجات معينة قصيرة المدى، ولكنها لا تؤدى إلى إشباع أو تحقيق القيم الأكثر رسوخا فى الأعماق أو تحقيق إرضاء طويل المدى. ويمكن أن يساعد التركيز على المثاليات التقليل من دفاعات ومقاومة العملاء ويزيد من رغبتهم فى التغيير من خلال تحويل بؤرة التركيز بعيداً عن السلوكيات "السلبية" أو أنماط الحياة السلبية، إلى التركيز على أنماط للحياة إيجابية وأكثر إشباعاً ويمكن تتبعها والتمتع بها. وقد يتوصل العملاء لإدراك أنهم لا يجب عليهم بالضرورة التخلص من جوانب يقدرونها فى ذواتهم الحالية، ولكنهم، بدلاً من ذلك، يحتاجون فقط لكبح بعض الميول والنزعات لكى يستطيعوا تطوير ذوات أكثر إدراكًا ووعيًا وحتى يستطيعوا العيش بإحساس أكبر بالغاية (الأهمية) والقوة (الثقة)، وقد يستطيعون أيضًا، من خلال ذلك، تقليل المشاعر السلبية التى غالبًا ما ترتبط بالتعرف على تناقض بين القيم والسلوك (Avants, Singer, & Margolin, 1993-1994).

يمكن النظر، جزئيًا، إلى التناقض الوجدانى حول الإمكانيات المختلفة كنتيجة تجريبية للقيم المتعارضة المتعددة. ففى مثالنا، يمكن أن ينتج تناقض تينا من صراع بين قيمها قصيرة المدى المتمثلة فى الإثارة ونمط الحياة الفتّان من جهة وبين قيمها طويلة المدى المتمثلة فى الأمومة الجيدة ونمط الحياة الذى يسمح بتحقيق الإنجاز باستمرار، على الرغم من طبيعتها "العادية" من جهه أخرى. فى حين يمكن حل التناقض من خلال إعطاء أولوية وأفضلية للقيم طويلة المدى على القيم قصيرة المدى، هناك طرق أخرى لحله. فأحيانًا، لا يكون الصراع بين القيم قصيرة المدى وتلك طويلة المدى كبيراً فى حد ذاته، لكن القضية هنا هى أن الاستراتيجيات التى تحقق القيم قصيرة المدى هى نفسها بالضبط التى تمنع تحقيق القيم طويلة المدى، وهناك طرق للحصول على الإثارة بدون تعاطى الكوكايين والعيش فى نمط حياة سريع. يمكن فتح الباب أمام النظر فى سلوكيات بديلة تشبع الاحتياجات قصيرة المدى بدون التدخل غير المناسب فى السعى لتحقيق الأهداف طويلة المدى، وذلك من خلال البحث مع العميل عن الدوافع الإيجابية التى ترقد وراء السلوك المُشكل.

وبالمثل، يمكن أن ينشأ التناقض من الصراع بين القيم الفردية والقيم الجماعية (مثال على ذلك، التوجه الذاتى مقابل المجاراة)، أو من تقدير سلوك أو خبرة تتناقض وتتداخل مع سلوك أو خبرة أخرى ذات قيمة أيضاً (مثال على ذلك، البقاء فى الحفلات لوقت متأخر من الليل مع الأصدقاء يجعل من الصعب على تينا الاستيقاظ مبكراً ومساعدة أطفالها فى الذهاب إلى المدرسة). قد يساعد توضيح الأهمية النسبية لهذه القيم على تخفيض التناقض.

إبراز القيم فى ممارسة مقابلات الدافعية

يمكن استيعاب استخدام القيم فى ممارسة مقابلات الدافعية بعدة طرق، أكثرها وضوحاً هى "الاحتفاظ بالأذن مفتوحة" للإنصات لقيم العميل؛ حيث يركز بالفعل العديد من مبادئ مقابلات الدافعية وممارساتها على قيم العميل، أو يمكن تعديلها بسهولة لكى تقوم بذلك.

وهناك مبدآن من مبادئ مقابلات الدافعية لهما فائدة خاصة فى المساعدة على التوصل لفهم أفضل للقيم التى توجه سلوك العميل اليومى؛ حيث يستطيع المرشد، عند التعبير عن المواجدة، أن يركز على القيم التى لم يعبر عنها العميل، ولكنها كامنة فى عباراته، فمثلاً، وصلت تينا ذات يوم متأخرة عن ميعادها، وبررت ذلك بأن أطفالها كانوا مرضى وأن والدتها تعتمد كثيراً على المأكولات الجاهزة قليلة القيمة الغذائية، ولذلك أعدت تينا لهم إفطارا جيداً قبل مغادرتها للمنزل. يمكن للمرشد أن يفسر هذا الموقف بعدة طرق، فقد يراه غير مهم أو حاجة للتنفيس عن الإجهاد والتوتر أو ربما كاختبار للعلاقة العلاجية. نظراً لتاريخ العميلة فى تفضيل الوفاء باحتياجاتها الخاصة على احتياجات أطفالها، قد يرى المرشد هذا السلوك على أنه مقاومة للعلاج، أو إنه قد يشكك فى صدق عباراتها. وفقا للتأويل الذى يقتنع به المرشد، قد يستكشف المقاومة المدركة ويتأمل الإحباط الذى تشعر به العميلة ويطمئنها أنه لن يرفض وصولها متأخرة ولن يعاقبها على ذلك، أو قد يتجاهل التفسير ويهمله ببساطة. يمكن للمرشد أن يجيب

مستخدماً مبدأ التعبير عن المواجدة والتركيز على قيم العميل، كأن يقول: " يبدو أنه من المهم أن تكونى أمًا صالحة وأن تبذلى قصارى جهدك من أجل أطفالك، حتى إذا اضطررت إلى التضحية ببعض الأشياء الخاصة بك أو حتى إذا لم يفهم الآخرون ذلك". يعبر هذا الرد عن فهم المرشد لمعنى سلوك العميل ويعيد تركيز المحادثة على قيمة عميقة ذات أهمية رئيسية للعميل (مثال ذلك: الاهتمام بأطفالها)، وعلاقة هذه القيمة بالسلوك الحالى (إطعام الأطفال أطعمة مُغذية فى حالة عدم قيام أمها بذلك)، وأهمية القيمة (من قبيل المخاطرة أن يسيئ المرشد الفهم أو لا يصدق أو ينزعج).

يتم عادة مناقشة الدورين حول المقاومة من ناحية السلوك الشخصى اللحظى للعميل والمرشد؛ حيث لا يعارض المرشد سلوكيات المقاومة من قبل العميل، فعندما يجادل العميل ويبدى مقاومة، يسمح ذلك للمرشد باستكشاف وجهات نظر العميل، ويغير مواضيع النقاش أو يفعل أى شىء آخر غير مبادلته الجدل. وعندما يحجب العميل رأيه لا يصر المرشد على أن يقوم العميل بتقديم تفسير أو شرح لذلك. من ناحية القيم، قد يشير السلوك المقاوم إلى بعض التعارض بين قيم العميل الداخلية المتنافسة، أو بين قيم العميل وقيم المرشد، أو بين قيم العميل وقيم المجتمع. فمثلاً، على الرغم من رغبة تينا فى نمط حياة مستقر يسعى لمستقبل أفضل، فقد ترى فرص العمل المتاحة على أنها حقيرة أو غير مجزية. وبالمثل، قد تتعلق بسمات معينة فى نمط حياتها الحالى يرجح أن تقلل من فرصها فى تطوير نمط حياة أكثر استقرارا، مثل شراء الملابس والمجوهرات الغالية. وقد يؤدى تحدى هذه القيم الخاصة بها إلى زيادة مقاومتها. أما مسايرة هذه القضايا من خلال الإعلان الواضح لمسألة تقديرها لوظيفة ذات مركز مرتفع وتقديرها للمركز الاجتماعى العالى يمكن أن يساعد - هذا الإعلان - فى تطوير مناخٍ تكون فيه قادرة على تقييم هذه النزاعات بطريقة أقل مقاومة ودفاعاً.

بينما يركز المبدآن السابقان على فهم السلوك الحالى، يهدف مبدأ تنمية التباين "لخلق وتضخيم... التناقض بين السلوك الحالى... والأهداف والقيم الأوسع (الفصل الرابع فى هذا الكتاب). لا يشير المرشد للتناقض بشكل درامى فى ممارسة مقابلات الدافعية (مثال على ذلك:- "إذن الحصول على مركز اجتماعى أهم عندك من إدخار المال لتوفير

حياة أفضل لأطفالك؟")، ولكنه يقوم، بدلا من ذلك، بتنمية موضوع التباين تدريجيًا عبر محادثة ممتدة أو عبر جلسات الإرشاد، ويمكن أن يستخلص المرشد تنمية التباين من العميل بدلاً من السبق بتفسير الصراعات الظاهرة بين القيم والسلوك (ومثال على ذلك: - "لقد تحدثنا عدة مرات حول مدى أهمية "تحقيق النجاح فى الحياة" بالنسبة لك"، فى نفس الوقت، أنت تحبين شراء ملابس مسايرة للموضة وأن ينظر إليك الآخرون بإكبار، وتشعرين بأن الذهاب للعمل كل صباح شاق، فكيف تتلاءم هذه الأشياء معا؟").

يمكن تبنى استراتيجيات مقابلات الدافعية النمطية للتركيز بصراحة معلنة على قيم العميل، وقد تساعد هذه الاستراتيجيات العملاء فى المناقشات المبكرة فى التعرف على ذواتهم الحالية فى ضوء قيمهم، كما يمكن أن يسأل المرشد مباشرة عن قيم العميل، باستخدام الاستراتيجيات الافتتاحية، (كلا من المُثل والتفضيلات أو الخبرات)، أو أن يتمعن العبارات المتعلقة بالمُثل أو التفضيلات، وتلخيص الخبرات الموصوفة فى ضوء قيم العميل، والتأكيد على الجهد المبذول فى تحديد مُثل العميل وعلاقتها بأنماط الحياة الحالية. إن التأكيد على الاختيار الشخصى للسلوك أو نمط الحياة قد يعززان استكشاف القيم وملكيتها (مثال على ذلك: - "الأمر يعود لك لتقرير نوع الحياة التى تريدينها - وتقرير ما المهم بالنسبة لك). يمكن للمرشد أن يراجع يومًا نمطيًا من أيام العميل لمساعدته فى تحديد تفضيلاته للخبرات، وكذلك جمع معلومات لأخذها فى الاعتبار فى المستقبل عند النظر فى التناقضات بين اختيارات السلوك الحالى والقيم. يمكن أن يحدد المرشد، عند تقديم مردود التقييم، ردود فعل العملاء تجاه النتائج ويستكشف أى تذمر فيما يتعلق بقيم العميل.

يمكن أن يتم التعبير عن التمعنات ذات الجانبين كصورة مرآوية للتناقض الوجدانى الذى ينتج عن الصراع فى القيم الأساسية. إن استكشاف الأشياء الجيدة والأشياء الأقل جودة يعد فى الأساس تدريبًا على إبراز القيم، ويمكن أن يخلق المرشد صلة واضحة بقيم العميل عند تلخيص هذا الموضوع (مثال على ذلك: فبينما تنظرين لنمط حياتك الحالى على أنه مثير، وتحبين أن تحيى حياة سريعة وتشعرين أيضًا بأنك لا تتقدمين وتعتقدين أن ذلك غير صالح لأطفالك، يضايقك هذا لأنه من المهم لك أن

تحصلى على وظيفة وأن تكونى أمًا صالحة"). يمكن أن يساعد التركيز على القيم كتفضيلات للتجربة والخبرة أيضا على تحسين فهم العملاء لوظائف سلوكهم الحالى، بالإضافة إلى مساعدتهم فى صياغة معنى أوضح للقيم التى يسعون لتحقيقها من خلال السلوك.

قد تساعد استراتيجيات مقابلات الدافعية العملاء بشكل مباشر فى محاولتهم للتعرف على قيمهم الجوهرية وذواتهم المثالية؛ فعند التطلع للمستقبل، يمكن سؤال العميل بأن يتخيل احتمالات ممكنة للمستقبل قد تنتج من اختيارات معينة لها علاقة بالقيم الأعمق (مثل: "انظرى أمامك، كيف تتخيلين الأمور بعد عام من الآن لو أنك تماديت فى التركيز على الإثارة وكونك جزءًا من المشهد"؟ كيف يمكن أن تختلف الأمور إذا ركزت فى ذلك الوقت على رغبتك فى تحقيق المزيد من الإنجازات؟"). إن التدريب على التوازن فى اتخاذ القرار هو تمرين على قيم بما يشبه "أشياء جيدة فى مقابل أشياء أقل جودة"، مع التركيز على السلوك المستقبلى، فبمجرد تحديد المزايا والعيوب، وقد يطلب المرشد من العملاء النظر فى أى من هذه الخيارات يمثل أفضل مُثلهم، فى نفس الوقت الذى تتحقق فيه تفضيلاتهم للخبرات. قد يفكر ويتمعن المرشد أن العملاء لديهم الفرصة لخلق أنماط حياة مختلفة وللاختيار جزئيًا ما الذى سوف يصبحون عليه فى المستقبل خلال الاختيار الذى سيقعون عليه. وهناك استراتيجية أخرى ذات علاقة واضحة بالقيم، وهى استخدام معيار "الأهمية"، أى ما يعتبر مهمًا للعميل. إن إعطاء الفرد قيمة ما لسلوك أو اختيار أو موقف إنما يعنى أنه يعتبر هذه الأشياء مهمة، وعندما يتمعن المرشد عبارات العميل بخصوص ما الذى يجعل اختيارًا ما مهمًا (أو غير مهم)، فهذا هو الوقت الطبيعى لمناقشة أكثر عمومية لقيم العميل.

يمكن أن تلعب القيم أيضًا دورًا فى زيادة الثقة، فزيادة وعى الفرد بمُثله يؤدى إلى اتخاذه اختيارات أكثر وعيًا بخصوص مدى سعيه للتوافق مع هذه القيم. وقد يكون الاستدعاء العمدى للمُثل والخبرات المفضلة مفيدًا للعميل فى المواقف المغرية أو المجهدة، ويمكن أن يساعد أيضًا فى تحصينه ضد اتخاذ اختيارات ضارة. فبالنسبة لتينا،

قد يساعدها استدعاؤها عمداً لُمثلها، في أن تكون أمًا صالحة وتحقيق الإنجاز الشخصى من خلال بناء مستقبل وظيفى، على رفض عرض صديقتها بمشاركتها الذهاب فى رحلة خارج البلدة أو مشاركتها تعاطى بعض الكوكايين، وقد يدفعها استدعاء أن رغبتها فى المشاركة تتعلق بتفضيلها للخبرات المثيرة أن تسعى بنشاط لخبرة مثيرة أخرى للمساعدة فى حمايتها من الانتكاسة.

وقد يبرز دور القيم مرة أخرى فى أثناء عملية تخطيط التغيير؛ وذلك عند سؤال العملاء أن يذكروا أسباب أهمية الخطة المُختارة لهم. وعندما يعلن العملاء التزامهم بخطة سلوك معين (مثل الإقلاع عن التدخين)، قد يكون من المفيد تمعن أنهم، على مستوى آخر، يقومون بالالتزام بهوية معينة (مثل مدخن سابق). علاوة على ذلك، ربما يكون من المفيد مراجعة أى محاولات أخرى سابقة فاشلة لتحقيق التغيير والبحث عن القيم التى قد تكون قد أُهملت. فمثلاً، أقلعت تينا عن تعاطى المخدرات والكحول فى عدة مناسبات سابقة مدفوعة بالغضب الموجه تجاه ذاتها بسبب إهمالها لاحتياجات أطفالها، وكذلك من قبيل الرغبة فى تحسين نمط حياتها. فى كل مرة، وبعد فترة من العمل المنتظم والكامل وتطويرها لعلاقات أكثر حميمية مع أطفالها واستخدام كل دخلها تقريبا لتوفير احتياجات الأسره، تنتكس تينا عن قرار الإقلاع. فعلى الرغم من أن محاولاتها للتغيير أسفرت عن نتائج إيجابية قصيرة المدى، فإن حماسها لتحسين الأمور لبناتها و" تعويض الوقت الضائع" قد خلق حالة لم تتحقق فيها قيمها المتعلقة بالإثارة والمؤانسة وأصبح موقفها غير مستقر بمرور الوقت.

دمج أساليب أخرى واعدة

أضاف إكلينيكيون وباحثون مختلفون إلى ممارستهم أساليب موجهة نحو القيم؛ والتوجه الشائع فى هذا المجال يتمثل فى تبنى تصنيف روكيتش للبطاقات ومنحى المواجهة الذاتية للقيم.

وصف براون وبيترسون (Brown and Peterson, 1990) استخدام المواجهة الذاتية للقيم لعلاج سلوكيات الإدمان، من خلال جعل العملاء يرتبون قيمهم العليا، ثم يناقشون تلك القيم بمقارنتها مع قيم الذين نجحوا فى التعافى (مع إعطاء ترتيب عالٍ للقيم الغائية للاتساق الداخلى واحترام الذات والحكمة، والقيم الوسيلية للأمانة والتسامح)، ثم سجل العملاء بعد المناقشة التقييمات اليومية لاتساق سلوكهم مع كل من قيمهم المرتبة.

وقد درس سانشيز (Sanchez, 2000) نتائج التمرين الخاص بتصنيف بطاقات القيم على متعاطين للكحول فى مقابلة دافعية مدتها ساعة، ترتكز جزئيًا على عمل ميلر وسيدى باكا (Miller and C,de Baca, 1994)، وقد اشتملت المواضيع التى تمت مناقشتها على معانى عبارات القيم المختلفة، وتقييم الاتساق الحالى بين السلوك والقيمة، والموانع المدركة للوصول إلى فرص زيادة الاتساق بين السلوك والقيمة، وفرص زيادة هذا الاتساق، والتقييم الشخصى لمدى الدور الذى يلعبه تعاطى الكحول فى تحقيق أو منع الاتساق. وقد شاهدت المجموعة الضابطة أفلام فيديو متعلقة بالإدمان فى وجود القائم بالبحث. كانت نتائج مجموعة القيم أفضل على مقاييس سلوك الشرب وفى نتائج المتابعة التى تمت من بعد ثلاثة إلى ستة أشهر، وأبدى سانشيز انطباعاته بأن هذا الأسلوب قد زاد من سهولة الممارسة بالإضافة إلى زيادة مشاركة العميل.

وقد أشار دى فرانسيسكو (De Francesco, 2000) إلى استخدامه منهج تصنيف بطاقات القيم مع رجال الإطفاء، مركزًا على ممارسة التمارين الرياضية وسلوكيات التغذية، وقد طُلب من رجال الإطفاء مناقشة كيف أن أهدافهم الصحية تتناسب مع قيمهم. وقد وصف دى فرانسيسكو كيف أن ذلك يمكن أن يحل التناقض والازدواجية ويزيد الدافعية من خلال مساعدة المشاركين على ربط أهدافهم السلوكية مباشرة بقيمهم الخاصة (مثل تبنى نمط حياة نشط مقابل فقد فى الوزن). وأعلن أحد المشاركين تصوره بأنه ربما يكون قد فشل فى وقت سابق فى خفض وزنه، لأنه كان يفعل هذا لأسباب "خاطئة"، أى لأسباب لا ترتبط بقيمه (وبمعنى آخر: فإن تقديره "للظهور بمظهر جيد" أكبر من تقديره للمكاسب الصحية التى سيجنيها من ممارسة الرياضة، وكان تركيزه فى أثناء محاولات التغيير السابقة منصبًا على تحسين الصحة).

دمج ممارسون آخرون للمقابلات الدافعية التركيز على الاتساق بين القيم والسلوك داخل عملهم مع أشخاص مصابين بالإيدز (Ryan, Fisher, Krutch, & Downey, 2001)، فى مجموعات الإرشاد الدافعى (Ingersoll, Wagner, and Gharib, 2000)، وفى جهود نحو تحسين الصحة (الفصل السابع عشر من هذا الكتاب).

وقد لخص كل من راسك وإرفين (Rusk and Ervin, 1996) منحى مختلفًا إلى حد ما فى شرح بعض القيم أطلقا عليه "التغيير الذاتى الموجه"[1] (لا توجد علاقة بين هذا المنحى ومنحى سوبيل وسوبيل (Sobell & Sobell, 1998) (المسمى بنفس الاسم). وقد وصفا الهدف بأنه ليس الشفاء من المرض، ولكن "شفاء الروح"، واقترحا عدة مبادئ تشبه مبادئ مقابلات الدافعية. فأولاً ينظر للتسمية على أنها ذات نتائج عكسية، لأنها تجعل العملاء يركزون على نقائصهم وتصرف انتباههم عن قيمهم. ثانيًا، إحدى مهام العملاء الأساسية "ملاحظة الذات بتعاطف" أى مراقبة السلوك بعناية فى ضوء القيم دون إصدار الأحكام أو النقد الذاتى. ثالثا، يتم تشجيع العملاء على تحمل المسئولية الشخصية لتنمية وتنفيذ خطط التغيير. كما يتم تزويد العملاء بالتسجيلات الصوتية لكل جلسة ويُشَجعون على مراجعتها بمفردهم لتسهيل مزيد من النظر والتفكير فى القيم التى تمت مناقشتها فى الجلسة، ويُشجع العملاء على أن يطبقوا، بين الجلسات، تجارب حياتية واقعية توضح أو تضخم القيم الشخصية أو تزيد من الاتساق بين السلوك والقيمة. وقد يختلف هذا المنحى بعض الشىء عن ممارسة مقابلة الدافعية فى النظر للمعالج كمرشد أو دليل يقدم للعملاء قيما معينة لأخذها فى الاعتبار، مُثل الاحترام والتفهم والرعاية والعدل.

وقد عرض سيمون Simon وهاوى Howe وكيشينبوم Kischenbaum (١٩٩٥) عدة تكنيكات إضافية واعدة مثل جعل العملاء يكتبون كلمات تنتهى بالحروف "ing" وتخبرنا بشىء عن من هم (مثل: المحبة والعمل الشاق loving, hard-working)، وتركز مناقشة نتائج الكلمات المعبرة عن الهوية الذاتية، كما تنعكس فى حياة العميل،

---

١ Guided self-change.

على الحاضر. على الرغم من ذلك، يمكن أن يستمع المرشدون للقيم الأساسية ويساعدون العملاء على اكتشاف القيم الأبعد من ذلك. يعرض المؤلفون أساليب وجودية أخرى، مثل جعل العميل يكتب عدة أجوبة للسؤال "من أنت؟" ثم يسكتشف الأجوبة فى علاقتها بالقيم المتضمنة فى أجوبة العميل. بالمثل، يُقترح على العميل أن يتخيل تجربة تهدد الحياة ثم يركز على أسئلة مثل "ما الشيء المهم لك وترغب أن تحصل عليه من الحياة؟" أو "ما الإسهامات التى تود أن تقدمها للحياة ولم تستطع أن تنتهى منها بعد؟"

ملخص

تدعم كل من القواعد التصورية والعملية دمج منظور القيم فى ممارسة مقابلات الدافعية؛ ويتسق التركيز على قيم العملاء مع استقلالية إطار العمل الذى يتمركز حول الشخص، والذى يمثل أحد أسس مقابلات الدافعية، وقد يساعد العملاء فى رؤية التغيير فى السلوك كحركة مرغوبة نحو تحقيق أسلوب حياة أفضل أكثر من كونه خسارة غير مرغوبة لما هو مألوف وللعادات المدعمة له ولطرق الوجود. وقد أثمرت المحاولات الأولى لدمج التركيز على القيم بوضوح نتائج تجريبية أولية إيجابية بالإضافة إلى تعليقات إيجابية من الممارسين والعملاء. كما أشار هذا الفصل إلى طرق محددة عديدة أخرى يمكن من خلالها دمج التركيز على القيم بشكل واضح من أجل مساعدة العملاء على التغيير.

شكر وتقدير

نشكر كل من جيسى كوهين **Jessye Cohen** وكارين إنجرسول **Karen Ingersoll** وديفيد روزنجرين **David Rosengren** لرؤاهم الجديدة بالاعتبار لنسخة مبكرة من هذا الفصل.

الفصل العشرون

مقابلة الدافعية والالتزام بالعلاج

ALLEN ZWEBEN and ALLAN ZUCKOFF

ليس المرضى هم الذين ينبغى عليهم أن يمتثلوا لمطالب أطبائهم، ولكن الأطباء هم الذين يجب عليهم أن يمتثلوا لرغبات مرضاهم الواعية والمعتبرة.

- S. Holm, cited by Barry Blackwell,
Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance

ماذا نعنى "بالالتزام"[1] ؟

تستخدم مصطلحات مثل "الامتثال"[2] و"الالتزام" بالتبادل فى أدبيات العلاج الدوائى والنفسى الاجتماعى للإشارة إلى دخول الأفراد فى العلاج وحضور الجلسات واستكماله، فضلا عن أدائهم للأنشطة والمهام العلاجية. ولقد اخترنا عدم استخدام مصطلح "الامتثال" بسبب دلالته على الطاعة للسلطة وارتباطه بمفاهيم مثل "المقاومة" أو "الإنكار"؛ فغالبًا ما ينظر إلى العملاء الذين يطلق عليهم اسم "غير ممتثلين أو غير مطيعين" على أنهم يعانون شخصيًا من نقص فى الدافع أو يقال إن سمات شخصياتهم تجعلهم عرضة للفشل فى الدخول والبقاء فى علاقة علاجية.

---

١ Adherence.

٢ Compliance.

اتساقا مع المنظور الكامن فى مقابلات الدافعية لا نضع أى افتراضات حول شخصيات أولئك الذين لا يشاركون فى العلاج بانتظام أو الذين يختارون عدم الحضور كما ينبغى، بل نبدأ من الاعتقاد بأنه يتم تحديد وتقرير جزء كبير من هذه القرارات والسلوكيات على أساس التفاعلات بين الباحثين عن العلاج من جهة وبين مقدمى العلاج والنظم العلاجية من جهة أخرى (Daley & Zuckoff, 1999; Zweben, Bonner, Chaim, & Santon, 1988). ولذلك نستخدم المصطلح الأكثر حيادا "الالتزام" لوصف مدى متابعة الأفراد للإجراءات التى تم الاتفاق عليها أو المنصوص عليها، أو مدى انتظامهم فيما يتوقع مقدمى العلاج منهم القيام به فيما يتعلق بالعلاج. وقد يشير هذا المصطلح إلى الحفاظ على المواعيد والانتظام فى الحضور فى الوقت المناسب، وتناول الأدوية على النحو المنصوص عليه، أو إكمال مهام محددة فى المدة بين اللقاءات مع المعالج (على سبيل المثال، حضور مجموعات الدعم، أو اختيار "شخص آخر مهم فى حياته" للمشاركة فى الجلسات، أو القيام بمهام القراءة أو الكتابة، أو المشاركة فى مهام التنشيط المضادة للاكتئاب أو اضطرابات القلق، أو المراقبة الذاتية، أو تناول أدوية لحالات مرضية مختلفة). يعرف الالتزام، إذن، على نطاق واسع ليشمل تلك العوامل التى قد يكون لها تأثير على كيفية تقديم علاج ما بالكامل نتيجة لقرارات وأفعال المشارك.

ما أهمية انخراط العملاء فى العلاج واستمرارهم عليه؟

يمكن أن يمثل هؤلاء الذين لا يلتزمون بنظام العلاج مشكلة مزعجة ومكلفة لمقدمى خدمات العلاج؛ فعندما يحضر العملاء بدون انتظام أو يشاركون فى الأنشطة العلاجية بتراخٍ، يمكن أن يصيب ذلك الإكلينيكيين بالإحباط، بل ويخفض من معنوياتهم. فى نفس الوقت، يمكن للأفراد الذين يحتلون أماكن الرعاية دون استخدام العلاج المقدم بالكامل أن يقللوا من فرص وصول الآخرين لهذه الخدمات التى هم فى حاجة إليها، وقد يزداد إجمالى تكاليف الرعاية الصحية بلا داعٍ (Carroll, 1997). هناك ضغوط على

برامج العلاج للمحافظة على الأسعار بحيث تكون ذات جدوى اقتصادية خاصة فيما يتعلق بتكاليف إدارة الرعاية، وتؤدى كثرة مواعيد الرعاية التى لا يراعيها العملاء وارتفاع معدلات التسرب إلى زيادة المهام التظيمية والإدارية، وبالتالى زيادة التكاليف.

الأهم من ذلك، أدى تزايد الأدلة على وجود علاقة بين الالتزام بالعلاج ونتيجة العلاج (Brown & Miller, 1993; Corrao et al., 1999; Daley, Salloum, Zuckoff, Kiris, & Thase, 1998; Fiorentine & Anglin, 1996; Hu et al., 1998; Simpson, Brown, & Joe, 1997; Walker, Minor-Schork, Bloch, & Esinhart, 1996) إلى أن تحتل مشكلات الالتزام محور الاهتمام على المستوى المهنى. وقد تبين أن الاستجابة لكل من العلاج الدوائى والنفسى الاجتماعى يتوقف على توليد تأثير للالتزام (Volpicelli, Alterman, Hayasguda, & O'Brien, 1997). كما ثبت وجود علاقات مهمة بين البقاء فى العلاج وتحسن الأعراض والأداء الوظيفى فى الحياة وحسن حال[1] العميل (Daley et al., 1998; Mattson et al., 1998; Westerberg, 1998). وهكذا، يبدو أن أمام الأفراد الذين يلتزمون بنظام العلاج فرصة للنجاح أفضل من أولئك الذين لا يلتزمون به.

حجم مشكلة الالتزام بالعلاج كبير بدرجة لافتة جداً للنظر وهو موثق جيداً فى مجالات الصحة النفسية وتعاطى المخدرات والمجالات الطبية على مدى السنوات الخمس والعشرين الماضية (Baekeland & Lundwall, 1975; Blackwell, 1976; Chen, 1991; Dobscha, Delucchi, & Young, 1999; Garfield, 1994; Hochstadt & Trybula, 1980; Hser, Maglione, Polinsky, & Anglin, 1997; Ito, Donovan, & Hall, 1988; Joyce, 1990; Krulee & Hales, 1988; Matas, Staley, & Griffin, 1992; Onken, Blaine, & Boren, 1997; Owen, Rutherford, Jones, Tennant, & Smallman, 1997; Solomon & Gordon, 1988; Stark, 1992; Wolpe, Gorton, Serota, & Wright, 1993; Wright, 1993). وتصل معدلات التسرب بين مرضى الطب النفسى ما بين ٣١٪-٥٦٪ قبل انعقاد الجلسة الرابعة (Carroll، ورد ذكرها فى Mattson et al., 1998)؛ ويتسرب نحو ٣٠٪ من العملاء مدمنى الكحول بعد مدة تتراوح بين ٢-٥ أشهر من بدء العلاج،

١ Well-being.

بينما يستمر فى العلاج لمدة ستة أشهر من العلاج فقط ٢٦٪، ويتم الالتزام بـ ٥٨٪ فقط من مواعيد العلاج النفسى المقررة (Carroll، ورد ذكرها فى Mattson et al., 1998). وقد ذكرت الدراسات الدوائية أن معدلات عدم تناول الدواء تتراوح بين ٣٧٪–٦٧٪ لأمراض مثل الحمى الروماتزمية والسكر وأمراض القلب والسل وحتى الجذام (Wright, 1993). تثير هذه الأرقام تساؤلات خطيرة حول ما إذا كان الأشخاص الذين فى حاجة إلى مساعدة، لأنهم يعانون من أمراض نفسية أو إدمان مخدرات أو مشكلات صحية يتلقون هذه المساعدة على نحو كافٍ.

ينبغى الاعتراف بأن الطبيعة المحددة للعلاقة بين الالتزام بالعلاج ونتائج العلاج لا تزال غير مؤكدة وتستلزم المزيد من البحث والدراسة. فلا يرتبط البقاء فى العلاج النفسى دائمًا بنتائج أفضل (انظر على سبيل المثال Crits-Cristoph et al., 1999). علاوة على ذلك، على الرغم من أن الالتزام بالعلاج ينبئ بنتائج أفضل فى عديد من المواقف (Westerberg, 1998)، ليس من الواضح دائمًا أن الالتزام بالعلاج هو مصدر تلك النتائج الأفضل. بالنسبة لبعض العملاء، البقاء مدة أطول فى العلاج قد يحفز على المزيد من الجهود للتغيير؛ وبالنسبة لآخرين قد يعكس تحسن نسب الحضور ببساطة حقيقة أن هؤلاء العملاء كانوا أكثر "استعدادًا" منذ البداية. لتوضيح ذلك، تنبأت دراسة أجريت فى مواقع متعددة لعلاج العملاء من مشكلات الكحول، ضمن إطار مشروع ماتش (Project-MATCH Research Group, 1998b) بأن الاستعداد الدافعى قبل العلاج ينبئ بكل من الالتزام بالعلاج ونتائج العلاج.

ومع ذلك، يؤدى الجزء الأكبر من الأدلة فى كل من التدخلات الدوائية والنفسية التى نتيجة مفادها أنه بدون مستويات كافية من حضور جلسات العلاج سيكون من الصعب بالنسبة للأشخاص تحقيق أقصى قدر من الاستفادة من العلاج (Mattson et al., 1998)؛ وبدون تعاون المشاركين النشط لا يمكن للعلاج أن يؤتى ثماره المرجوة. وهكذا يمكن القول إن وضع مناخٍ أكثر فعالية لتحسين الالتزام بالعلاج يمثل تحديًا مهمًا أمام مقدمى العلاج.

ما الدليل أن مقابلة الدافعية يمكن أن تحسن الالتزام بالعلاج؟

ما البحوث التى أجريت؟

يلخص جدول (٢٠-١) كل اختبارات مقابلات الدافعية المنشورة أو المقدمة، حسب علمنا، التى تشتمل على نتائج خاصة بتأثيرات الالتزام بالعلاج. وتتضمن تعديلات مقابلات الدافعية (مقابلات الدافعية المعدلة، انظر الفصل السادس عشر من هذا الكتاب) المستخدمة فى هذه الدراسات تدخلات "فحص طبى" (التقييم والمردود) ومقابلات الدافعية المعدلة بدون مردود، تدخلات من جلسة واحدة وتدخلات من جلسات متعددة، ومقابلات الدافعية المعدلة كعلاج إضافى ونماذج العلاج المتكامل، والتدخلات التى تقدم بصفة مستقلة للأفراد وتلك التى تقدم للجماعات. تضم هذه الدراسات أيضًا مجموعة من فئات الأفراد والسياقات، تمتد من علاج إدمان الكحول والمخدرات، إلى علاج الاضطرابات النفسية، إلى تطبيقات الصحة الطبية والسلوكية. يصف جدول (٢٠-١) طبيعة التدخلات وقياس تأثيرها على مختلف جوانب الالتزام ويقدم محاذير تفسير الدراسات الفردية؛ مما يسمح لنا بوصف استنتاجاتنا حول البيانات بينما نترك للقراء حرية وضع تقييماتهم الخاصة بهم. (لم ندرج معلومات عن النتائج، حيث تم تغطية ذلك بشكل جيد فى الفصل السادس عشر). جميع النتائج المذكورة ذات دلالة إحصائية كبيرة ما لم يذكر غير ذلك.

جدول (٢٠-١) تأثيرات الالتزام بمقابلات الدافعية المعدلة

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Miller et al. (1988)*	٢٤ ممن يعانون من مشاكل الشرب تم جمعهم خلال الإعلان، متوسطى الحدة.	DCU + DCU + أو AMI DCU إحالة مقابل مجموعة ضبط على قائمة الانتظار- (تم تأجيل DCU ٦ أسابيع).	الدخول فى العلاج ١٤,٣٪ عام على الدخول فى العلاج ١٤,٣٪ عام على ستة أسابيع، ٣٣,٣٪ عام عند ١٨ شهراً	تكامل؟ غياب التحكم والضبط.
Kuchipudi et al. (1990)	١١٤ ذكراً من مرضى العيادة الداخلية – حادة – دخلوا مستشفى فى فيرجينيا – أمراض حادة مرتبطة بالكحول – مشورة سابقة بالإقلاع عن الشرب.	AMI (3 مقابلات موجزة مع الفريق الطبى، مقابلة طويلة مع أخصائى اجتماعى، ١ مقابلة جماعية مع ممرض نفسى) فى مقابل NIC مضافة إلى الرعاية النمطية.	الدخول فى العلاج NIC = AMI (١٨,٤٪ عام عند الأسبوع ١٠-١٦).	التدخل كما هو موصوف يتعارض مع مبادئ المقابلات الدافعية.
Bien, Miller, & Burroughs (1993)*	٣٢ رجلاً دخلوا علاج مستشفى فيرجينيا الخارجى من الكحول – حدة مرتفعة.	(AMI (DCU) مقابل ضبط تشخيصى، قبل البدء فى العلاج النمطى.	الدخول فى العلاج AMI = ضبط تشخيصى (٨١,٢٪ عام). أداء المهمة الامتثال	تأثيرات المعالج؟ تكامل؟
Brown & Miller (1993)*	٢٨ بالغاً مدمناً للكحول دخلوا علاج مكان خاص للعلاج المقيم.	AMI (DCU) فى مقابل NIC عند البدء فى العلاج النمطى.	والوصول للهدف (تقييم المعالج): AMI>NIC	تأثيرات المعالج؟

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Saunders et al. (1995)	١٢٢ بالغًا مدمنى الأفيون دخلوا برنامج علاج بالميثادون.	AMI (بدون مردود) مقابل EC: جلسة ممتدة، جلسة متابعة موجزة بعد أسبوع.	البقاء فى العلاج أيام العلاج: ١٥١ AMI مقابل ١٢٧ EC أسبوع فى الدراسة: ٢٢,٣ AMI مقابل ١٧,٨ EC	تكامل؟ تأثيرات المعالج؟
Smith et al. (1997)*	٢٢ سيدة بدينة فوق الخمسين من العمر مع NIDDM وقادرات على ممارسة التمارين الرياضية، تم تجميعهم خلال إعلان أو خطاب لحضور برنامج جماعى لضبط الوزن يضم من ١٦ جلسة.	AMI (جلسة واحدة عند البدء، ٢ جلسة فى المنتصف مع تغذية مرتجعة) مقابل NIC بالإضافة إلى العلاج النمطى.	حضور الجلسات: ١٣,٣ AMI مقابل ٨,٩ NIC البقاء فى العلاج إكمال العلاج (١٦ أسبوعًا): =AMI ٪٧٧ عام NIC أداء المهمة تقديم الوجبات اليومية: ١٥,٢ AMI مقابل ١٠,١ NIC، أيام مراقبة الجلكوز: ٤٦,٠ AMI مقابل ٣٢,٢ NIC، أيام الممارسة: ٣٥,٢ AMI مقابل ٢٣,٧ (p = .07) NIC، أيام تسجيل السعرات الحرارية: ٧٦,٨ AMI مقابل ٥٥,٧ (p = .07) NIC،	تكامل؟ كتيب؟ تدريب؟ كانت AMI الاتصال الوحيد الذى تم تقديمه وجها لوجه.

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Aubrey (1998)*	٧٧ مراهقًا مرضى العيادة الخارجية للعلاج من إدمان عدة مواد مخدرة – درجة حادة.	(DCU) AMI فى مقابل NIC، عند بداية العلاج النمطى.	حضور الجلسات: ١٧ AMI مقابل ٦ NIC.	تكامل؟ تأثيرات المعالج؟
Booth et al. (1998)	١٩٢ متعاطيًا للمخدرات عن طريق الوريد تم جمعهم من المجتمع – درجه إدمان حادة.	AM (MI و RI بدون مردود) مقابل RR: خمس جلسات تمتد كل منها لنصف ساعة + عرض بالعلاج المجانى مقابل العلاج بثمن، تخصص الجلسة الأولى من AMI و RR لبناء العلاقة.	الدخول فى العلاج (عند) AMI = RR الأسبوع الثامن) حضور جلسات التدخل: RR = AMI (٣,٩٤ عام).	اتضح أن الاستراتيجيات المستخدمة فى AMI ليست مفصلة لتتناسب مع استعداد فرد العينة للتغيير.
Daley et al. (1998)*	٢٣ من مرضى الاكتئاب بالعيادة الداخلية من مدمنى الكوكايين، بعد انتهاء العلاج التحقوا ببرنامج ما بعد العلاج من التشخيص الثنائى للعلاج المضاد للاكتئاب.	AMI (MI و DDRC بدون مردود) مقابل TAU: ٥ (١:١ و٤ جلسات جماعية فى أثناء الشهر الأول من الرعاية اللاحقة للعلاج) .	البقاء فى العلاج ٣٠ يوم: ١٠٠٪ AMI مقابل ٤١,٧٪ TAU ٩٠ يوم: ٧٢,٧٪ AMI مقابل ٨,٣٪ TAU حضور جلسات التدخل (٩): ٧,٢ AMI مقابل ٢,٧ TAU	تكامل؟ مهام متوالية غير عشوائية TAU غير محددة.

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Daley & Zuckoff (1998)*	أكثر من ١٠٠ بالغ مدمنين للمخدرات ومرضى نفسيين في مستشفى للعلاج النفسي تم إحالتهم للعلاج من التشخيص المزدوج.	AMI (MI و DDRC، جلسة واحدة، بدون مردود) مقابل NIC، مضافًا إلى التخطيط المعتاد للخروج من المستشفى.	الدخول في العلاج ٦٧٪ AMI مقابل ٣٥٪ NIC	تحليل؟ تكامل؟ ضبط تاريخي غير عشوائي، ليس موصوفًا.
Kemp et al. (1998)	٧٤ بالغًا يعاني من تشخيص بأمراض نفسية في مستشفى للأمراض النفسية يخضع لعلاج ضد الذهان: غير متطوع بنسبة ٦٠٪.	AMI (MI و CT، بدون مردود) مقابل NSC: ٤-٦ جلسات + دعم اختياري، مضافًا إلى الإدارة الروتينية والرعاية اللاحقة.	أداء المهمة الالتزام بالدواء (تقييم المراقب): ٥,٥-٥,٧ AMI مقابل ٣,٥-٤,٣ NSC على مقياس مكون من ٧ درجات (بعد التدخل وبعد ٣، ٦، ١٢، و ١٨ شهرًا).	تكامل؟
Mattson et al. (1998)	١٧٢٦ بالغًا مدمنًا للكحول يبحثون بإرادتهم الحرة عن رعاية لاحقة أو علاج بالمستشفى الداخلية في ٩ مواقع.	MET (٤ جلسات) مقابل CBT (١٢ جلسة) مقابل TSF (١٢ جلسة).	البقاء في العلاج أسبوع في العلاج: ٨,٨ CBT مقابل ٨,١ TSF (٨,٣ MET، ns) الحضور الجلسات: ٨٠٪ MET مقابل ٦٨٪ CBT مقابل ٦٢٪ TSF.	تقديم عدد أقل من MET، أسبوع في العلاج MET مقابل ٦٨٪ CBT مقابل ٦٢٪ TSF.

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Mhurchu et al. (1998)	١٢١ بالغًا يعانون من زيادة الدهون تم إحالتهم لقسم مشورة الحمية الغذائية بمستشفى خاص بعلاج السمنة.	AMI (MI ومشورة ومردود) مقابل TAU: ٣ مقابلات خلال ٣ شهور.	أداء المهمة تخفيض المدخلات من الغذاء: AMI= TAU (عند الشهر الثالث).	تأثيرات المعالج؟ تدريب؟ كان تناول الغذاء عند نقطة الأساس ضعيف.
Berg-Smith et al. (1999)	١٢٧ مراهقًا مشاركين فى دراسة عن التدخل بالحمية الغذائية لدى الأطفال (DISC) منذ سن ٨–١٠.	AMI (جلسة مبدئية مع متابعة لمدة ٤–٨ أسابيع تمتد كل منها لمدة ٥–٣٠ دقيقة مع مردود) ويتم التقييم قبل وبعد التدخل.	أداء المهمة صياغة خطة العمل (تقرير المحاور): ٩٤٪ تنفيذ خطة عمل: ٨٩٪.	تحليل؟ تكامل؟ غياب مجموعة الضبط والرقابة.
Harland et al. (1999)	٥٢٣ بالغًا فى عمر ٤٠–٦٤ لا يمارسون الرياضة بانتظام، تم جمعهم من مرفق للرعاية الطبية الأولية.	AMI موجزة (جلسة واحدة) مقابل AMI مكثفة (٦ جلسات فى ١٢ أسبوعًا) مع وجود أو بدون كفيل، مقابل BA، كل التدخلات تتضمن تغذية مرتدة.	أداء المهمة نشاط/نشاط حيوى/نشاط متوسط AMI موجزة = AMI مكثفة أكبر من BA (عند الأسبوع ١٢) AMI موجزة = AMI مكثفة = (عند الأسبوع ١٢) AMI موجزة = AMI ا مكثفة = (عند العام الأول).	تكامل؟ كتاب دليل؟ تأثيرات المعالج؟ تدريب؟

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Swanson et al. (1999)	١٢١ مراهقًا دخلوا طواعية وحدات للعلاج النفسي داخل مستشفيين خاصتين، تم تشخيصهم بمرض نفسي (١٠٠٪)، وإدمان المخدرات (٧٧٪).	AMI (URICA مردود موجزة عند الدخول في العلاج، مقابلة لمدة ساعة قبل الخروج) مقابل NIC، مضافًا إلى الرعاية النمطية، تلقى الجميع URICA والإحالة للرعاية اللاحقة.	الدخول في العلاج الجميع: ٤٧٪ AMI مقابل ٢١٪ NIC تشخيص مزدوج: ١٦٪ تشخيص NIC ذهاني: ٤٧٪ AMI مقابل ٢١٪ NIC تشخيص عاطفي: ٥٠٪ AMI مقابل ٢٠٪ NIC.	تكامل؟ كتيب دليل.
Treasure et al. (1999)	١٢٥ سيدة تم تشخيص حالتهم بشره عصبي مرضي في وحدة علاج اضطرابات الأكل بالمستشفى.	MET مقابل ٤ جلسات أسبوعية CBT كمرحلة أولى للعلاج متسلسل، يتبعه CBT فرديًا أو في مجموعات.	البقاء في العلاج إكمال التدخل (٤ أسابيع): MET = CBT (٦٦,٧٪ مقابل ٧٦,٣٪، ns).	تكامل؟ قائمة انتظار قبل العلاج حتى ثلاث سنوات.
Connors et al. (2000)*	١٢٦ مراهقًا مشخصين بإدمان الكحول أو التعاطي دخلوا برنامجًا للعلاج فرديًا وفي مجموعات بالمستشفى الخارجية لمدة ١٢ أسبوعًا.	مقابلات دافعية معدلة (فحص الشارب)، مقابل استقراء الدور، مقابل تدخل غير مراقب، قبل البدء في العلاج النمطي.	البقاء في العلاج إكمال العلاج: AMI أكبر من NIC، RI = NIC الحضور مجموعة: AMI أكبر من NIC، RI = NIC ١:١ ومجموعة: AMI أكبر من NIC، RI = NIC.	لا شيء.

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Dench & Bennett (2000)	٥١ من المعتمدين على الكحول ملتحقين ببرنامج للعلاج النهارى لمدة ستة أسابيع. ٢٣ بالغًا مشخصين بتعاطى المخدرات واضطراب المزاج دخلوا برنامج للعلاج لمدة ١٢ أسبوعًا مع إقامة جزئية بالمستشفى، حالة حادة.	AMI مقابل EC (تكرار لسوندرز وآخرين ١٩٩٥).	البقاء فى العلاج إكمال العلاج: (٦ أسابيع): AMI = NIC (٦٦٪ عام) الحضور أيام (الذين أكملوا العلاج): AMI NIC = (٢٨,٠ مقابل ٢٦,٠، ns) أيام التسرب: AMI NIC = (١٧,٢ مقابل ١٩,٧، ns).	تأثيرات المعالج؟ تدريب؟
Martino et al. (2000)*		AMI (مع مردود)، مقابل SI: جلسة واحدة لمدة ٤٥-٦٠ دقيقة، فى بداية العلاج النمطى، كلاهما فى مقابل NIC تاريخى.	الحضور الأيام: ٣١ AMI مقابل ١٧ NIC (٢٢ SI، ns) مؤشر التأخير: ٠,٠٠ AMI مقابل ٠,١٨ SI مؤشر الرحيل المبكر: ٠,٠٠ مقابل ٠,١٧ SI أيام الشكوى من العلاج (تقرير ذاتى): AMI = SI (٨٩٪ مقابل ٨٦٪، ns).	تكامل؟ كتيب؟ تأثيرات المعالج؟

الدراسة	العينة	التدخلات	تأثيرات الالتزام بالعلاج	محاذير
Schneider et al. (2000)	٨٩ بالغًا تم تشخيصهم بتعاطي أو الاعتماد على المخدرات في ١٤ موقعًا EAP، تتراوح الحالة بين متوسطة إلى حادة.	AMI (DCU) مقابل DCUC، تلقوا كلهم تقييمًا مبدئيًا حياديًا، وتقريرًا للتغذية المرتدة في المقابلة الثانية، مع برنامج مكتوب.	الدخول في العلاج AMI = DCU-C (٦٦٪ مهني، ٦٠٪ مساعدة ذاتية عامة عند الشهر الثالث) أداء المهمة اتبع خطة العلاج المبدئية: = DCU-C (٦٣٪ مقابل ٥٤٪ عند الشهر الثالث، ns).	مصدر مقدم معدلات الالتزام غير واضحة.
Donovan et al. (2001)	٦٥٤ مراهقًا معتمدين على المخدرات، تم تقييمهم وإحالتهم ووضعهم على قائمة الانتظار للعلاج بالعيادة الداخلية أو الخارجية بتمويل حكومي.	SC + DCU) AMI ومتابعة إكلينيكية مجدولة، وخدمات داعمة غير مجدولة) مقابل SC. تلقى الجميع تقييمًا وكتيبًا للموارد وعقدًا أسبوعيًا للدراسة.	الدخول في العلاج AMI = SC (بصفة عامة ٧١٪) البقاء حتى استكمال العلاج: AMI = SC (بصفة عامة ٧١٪).	نسبة رفض عالية / معدل الاستبعاد.
Lincourt et al. (in press)	١٦٧ رجلاً يتعاطى المخدرات، مجبرين على الدخول في العلاج، غير قادرين على تحديد أهداف العلاج.	AMI (٦ جلسات، مع تقييم ومردود) في مقابل NIC، عند بداية العلاج النمطي.	البقاء استكمال العلاج: ٥٦٪ AMI مقابل ٣٢٪ NIC الحضور الجلسات: AMI = NIC (١٦,٢ مقابل ١٨,٢، ns) المواعيد التي تغيب عنها: ١٧٪ AMI مقابل ٢٤٪ NIC.	تكامل؟ تدريب؟ دراسة أرشيفية، يتم اختيار ظروف وشروط الدراسة.

ملحوظة: كل تأثيرات الالتزام الواردة دالة إحصائيًا ما لم يذكر غير ذلك. × المعلومات المنشورة مدعمة بالاتصال الشخصى بمؤلف الدراسة.

اختصارات: AMI: مقابلات الدافعية المعدلة؛ BA: مشورة مختصرة؛ CBT: علاج معرفى سلوكى؛ CT: علاج معرفى؛ DCU: فحص شارب الكحول (التقييم + مقابلة واحدة للمردود)؛ DCU-C: DCU مع مردود قائمة على المواجهة؛ DDRC: مشورة للشفاء من اضطراب مزدوج؛ EC: ضبط تعليمى؛ MET: علاج تعزيز الدافعية (أربع جلسات + المردود)؛ MI: مقابلات دافعية؛ NSC: ضبط تدخل غير محدد؛ RI: استقراء الدور؛ RR: تدخل لخفض المخاطرة؛ SC: ضبط الرعاية المعيارية؛ SI: ضبط المقابلة النمطية؛ TAU: ضبط معتاد للعلاج؛ TSF: علاج تيسير الاثنتى عشرة خطوة؛ URICA: مقياس جامعة جزيرة رودا لتقييم التغيير.

المحاذير: التحليل؟ لا توجد تحليلات إحصائية دالة على النتائج؛ السلامة؟ لا توجد مقاييس لضمان التزام مقدمى التدخل به؛ دليل؟ لا يوجد أى دليل موصوف للتدخل؛ لا ضبط: غياب شرط الضبط لنتائج الالتزام؛ تأثير المعالج؟ إمكانية تأثير المعالج بسبب مقدم التدخل (فرد أو عدد غير محدد)؛ التدريب؟ تدريب مقدمى التدخل والإشراف عليهم غير موصوف أو موصوف بطريقة غير كافية.

ماذا تبين البحوث؟

أفضل وصف يمكن إطلاقه على الدراسات المتاحة هو أنها توفر الإرشادات والاتجاهات الأولية للمزيد من البحث فيما يتعلق بالالتزام بالعلاج. ومعظم هذه الدراسات، مع قليل من الاستثناءات، مصممة لتقييم نتائج العلاج، وينظر لتأثيرات الالتزام بصورة ثانوية (وأحيانًا بصفة شاملة محيطية دون تفاصيل مهمة) وليس بصفة منهجية منتظمة. بالإضافة إلى ذلك، يحد العديد من هذه الدراسات بعض الحدود، مما يستلزم الحذر فى تفسيرها.

لقد ضمنا فى بحثنا دراستين غير منشورتين وعدة دراسات لا تفى بالمتطلبات المنهجية للتجربة المضبوطة؛ لأنها تقدم بيانات عن تأثير الالتزام بالعلاج فى مناطق بها تغطية التجارب المضبوطة ضئيلة أو تنعدم بها التغطية (المراهقين وصحة تغيير السلوك فى مجال الرعاية الأولية، والرعاية اللاحقة للتشخيص المزدوج، مجموعة مقابلات الدافعية).

على الرغم من أنه يجب التعامل مع نتائج هذه الدراسات بحذر، ينطبق هذا أيضاً على التجارب المضبوطة مع القيود الأخرى للصدق الداخلى (انظر الفصل السادس عشر من هذا المجلد)، فغالبًا ما تكون أحجام العينات صغيرة، والتدريب التدخلى فى كثير من الأحيان إما لا يتم وصفه أو يكون وصفه محدودا للغاية لضمان أن أولئك الذين يقدمون التدخل مؤهلين للقيام بذلك بكفاءة، كما أن إجراءات ضمان مطابقة التدخل المقدم مع تلك التى ينويها الباحث (الكتيبات والتسجيل الصوتى ومراقبة الجلسات والإشراف المستمر) غالبًا ما تكون غائبة، كما أنه كثيراً ما تتم التدخلات من قبل شخص واحد مما يثير تساؤلاً حول ما إذا كان التأثير يرجع للتدخل أم يرجع للصفات الفريدة للفرد، وأخيراً غالبًا ما يصعب تقييم مدى دمج روح وممارسة مقابلات الدافعية نظراً لمحدودية وصف التدخلات. ويمكن أن تثار تساؤلات خطيرة فى بعض الحالات التى يتم فيها تقديم الوصف، مثل أن تكون التدخلات إما تختلف اختلافات مهمة عن مقابلات الدافعية أو النزول بمقابلات الدافعية الى استراتيجياتها مع إهمال روحها وتركيزها على العملية الاتصالية (على سبيل المثال، Booth, Kwiatkowski, Iguchi, Pinto, & John, 1998; Kuchipudi, Hobein, Fleckinger, & Iber, 1990; Mhurchu, Margetts, & Speller, 1998).

هناك دراسات جارية لتصحح هذه المشكلات فى الصدق الداخلى، بما فى ذلك الدراسات التى يجريها حاليًا ما لا يقل عن أربعة من الباحثين المدرجين فى جدول (٢٠-١) (Booth et al., 1998; Daley et al., 1998; Martino, Carroll, O'Malley, & Rounsaville, 2000; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997). وسوف تسمح لنا التصاميم العشوائية التى تخضع للضبط ولديها القوة الكافية لتتبع التأثير المعتدل للالتزام، والتدخلات الحساسة للعوامل التى تؤثر على الالتزام مثل مستوى الاستعداد الدافعى، والجمع الروتينى للبيانات، فضلا عن النتائج الفسيولوجية والنفسية ونتائج تعاطى المخدرات سوف تسمح لنا فى الوقت المناسب بإصدار حكم أكثر تحديداً عن تأثير مقابلات الدافعية المعدلة على الالتزام بالعلاج.

ما الاستنتاجات التى يمكن استخلاصها الآن (ولو مبدئيا وبصفة مؤقتة) فيما يتعلق بتعزيز الالتزام؟ كشفت معظم الدراسات المضبوطة (اثنتا عشرة من واحدة وعشرين دراسة) عن تأثير دال لمقابلات الدافعية المعدلة على تعزيز الالتزام بالعلاج، حيث تساوى هذا التأثير فى خمس دراسات مع تأثير التدخلات الأخرى النمطية أو المحددة جيداً التى تمت مقارنتها به (Booth et al., 1998; Mattson et al., 1998; Mhurchu et al., 1998; Schneider, Casey, & Kohn, 2000; Treasure et al., 1999) ولم تسفر إضافة مقابلات الدافعية المعدلة عن أية فوائد إضافية من حيث الالتزام فى أربع دراسات (Bien, Miller, & Burroughs, 1993; Dench & Bennett, 2000; Donovan, Rosengren, Downey, Cox, & Sloan, 2001; Kuchipudi et al., 1990). من بين الدراستين اللتين قامتا بتقييم الالتزام بعد تدخل مقابلات الدافعية المعدلة، ولكنهما لم يتضمنا مجموعة مقارنة، تبدو إحداهما واعدة (Berg-Smith et al., 1999)، بينما كانت الثانية أقل من ذلك (Miller, Sovereign, & Kriege, 1988).

تدعونا نتائج كثير من دراسات تأثير الالتزام إلى التفاؤل الحذر فيما يتعلق بمقابلات الدافعية كتدخل إضافي؛ حيث كانت نتائج الالتزام قوية جداً فى العديد من هذه الدراسات التى أجريت على عينات من فئات عديدة (Connors, Walitzer, and Derman, 2000) وكانت مثيرة للإعجاب خاصة فى أن جلسة واحدة من مقابلات الدافعية أدت إلى التزام أكبر بكثير بالحضور للعلاج (وأيضاً نتائج أكثر دلالة فيما يتعلق بالشرب) مقارنة ليس فقط بالمجموعة الضابطة التى لم تتلق أى علاج، وإنما أيضاً بالمقارنة بمقابلة استقراء وتعريف بالدور، الذى يعتبر تدخلاً تمهيدياً للعلاج نال الكثير من البحث والدعم التجريبى (Walizter, Derman, & Connors, 1999).

ويمكننا أيضاً أن نميز بين عدد من الأساليب فى هذه الدراسات التى تعطينا بداية لصورة أكثر دقة، أحدها أنه يبدو أن مقابلات الدافعية المعدلة فعالة فى تيسير انتقال العملاء من مستوى علاج لآخر؛ حيث وجد (Wanson, Pantalon, and Cohen, 1999) أن تلقى مقابلات الدافعية المعدلة قد زاد من معدلات دخول الرعاية اللاحقة لأكثر من الضعف بين جميع أفراد العينة وعلى وجه التحديد بين العملاء الذين يعانون من

اضطرابات عاطفية أو اضطرابات نفسية أو اضطرابات مزدوجة (اضطرابات نفسية وتعاطى مخدرات)، فى حين وجد (Daley and Zuckoff, 1998) أن التدخل لم يستطع مضاعفة الرعاية اللاحقة. تثير هذه النتيجة أيضًا سؤالاً عما إذا كانت تأثيرات التدخل أكبر بالنسبة لمجموعات العملاء فى مرحلة الانتقال فى مقابل ضم أفراد فى العينة غير العملاء (كما فى Booth et al., 1998; Miller et al., 1988; and Schneider et al., 2000)، حيث إما فشلت مقابلات الدافعية المعدلة فى أن تتفوق على بدائلها أو أسفرت عن تأثير محدود على معدلات الدخول فى العلاج. تشير النتائج الأولية لدراسة جارية تضم عينتها غير العملاء (Zuckoff, Ryan, & Thoma, 2000) أيضًا إلى أنه قد يكون من المتوقع أن يكون التأثير فى هذه الظروف أقل.

النتيجة الثانية هى أن مقابلات الدافعية المعدلة قد تمارس تأثيرها على النتائج، على الأقل جزئيًا، من خلال تعزيز الالتزام بالعلاج. لم يتناول هذه الفرضية بالدراسة والبحث بشكل واضح سوى برون وميلر Miller (١٩٩٣) فقط، ووجدا أن الالتزام بالعلاج يؤثر على نتائج العلاج بين الذين تلقوا تدخل مقابلات الدافعية المعدلة. كما وجدت خمس دراسات أخرى (Aubrey, 1998; Connors et al., 2000; Daley et al., 1998; Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998; Lincourt, Kuettel, & Bombardier, in press; Saunders, Wilkinson, & Phillips, 1995; Smith et al., 1997) تأثيرات على مجموعة من مقاييس الحضور للعلاج والالتزام به والاستعداد للتغيير واستكمال المهام، وكذلك تأثيرًا على نتائج العلاج، وتشير هذه النتائج إلى أن النظر فى العلاقات بين تأثير الالتزام بالعلاج ونتائج العلاج هو اتجاه مهم للبحوث المستقبلية.

قد يوجد النمط الثالث فى الفعالية النسبية للتدخلات ذات الجلسة الواحدة والتدخلات متعددة الجلسات؛ حيث ارتبطت ستة تدخلات ذات جلسة واحدة (باستثناء التقييم، ومع وضع تدخلات قائمة فحص الشارب فى هذه الفئة) بالتحسن فى الالتزام بالعلاج (Aubrey, 1998; Brown & Miller, 1993; Connors et al., 2000; Daley & Zuckoff, 1998; Harland et al., 1999; Martino et al., 2000)، بينما كانت مقابلات الدافعية المعدلة فى أربعة تدخلات أخرى إما ليست أفضل من التدخلات البديلة

(Mhurchu et al., 1998; Schneider et al., 2000) أو ذات تأثير محدود (Miller et al., 1988) أو ليس لها تأثير على الإطلاق (Bien, Miller, & Burroughs, 1993) على الالتزام بالعلاج. كذلك كانت التدخلات متعددة الجلسات مسئولة عن تسع نتائج للتحسن فى الالتزام بالعلاج (Berg-Smith et al., 1999; Daley et al., 1998; Harland et al., 1999; Kemp et al., 1998; Lincourt et al., تحت الطبع; Saunders et al., 1995; Smith et al., 1997; Swanson et al., 1999)؛ بينما لم تكن مقابلات الدافعية المعدلة أفضل من التدخلات البديلة فى خمس أخرى (Booth et al., 1998; Treasure et al., 1999)، أو لم تسفر عن زيادة فى الالتزام بالعلاج (Dench & Bennett, 2000; Donovan et al., 2001; Kuchipudi et al., 1990)، وفى دراسة واحدة قارنت بين تدخل مقابلات الدافعية المعدلة من جلسة واحدة وتدخل مقابلات الدافعية المعدلة متعددة الجلسات (تم تقديم ست جلسات، متوسط الحضور ثلاث جلسات) (Harland et al., 1999)، لم يثبت وجود فروق دالة بين المجموعتين بصفة عامة، ولكن مستوى النشاط العام زاد بشكل ملحوظ لدى المجموعة التى حصلت على جلسات متعددة لمقابلات الدافعية المعدلة بالإضافة إلى إذن بالاستخدام المجانى لمرافق التدريب أكثر من الآخرين فى الحالات الأخرى. عندما ندرك أن كلمة "متعددة" تعنى فى عدد من التدخلات الناجحة مجرد جلسة ثانية فقط من الاتصال المختصر، وكذلك تختلف هذه التدخلات فى حالات أخرى من حيث الهيكل والأشخاص الذين خضعوا لاختبارها، يبدو عندئذٍ أن القيمة المضافة لجلسة واحدة على الأقل للمتابعة تستحق كل هذا الجهد والنفقات الإضافية المطلوبة.

رابعًا، هى مسألة تكتسب أهميتها فى ضوء الموارد المحدودة للكثير من البرامج العلاجية، وتتمثل فى ما إذا كان لتدخل المجموعة فعالية فى تشجيع الالتزام قابلاً للمقارنة مع التدخل الذى يتم تقديمه بشكل فردى (انظر الفصل الخامس والعشرين من هذا المجلد). وجد لينكورت Lincourt وزملاؤه (تحت الطبع)، فى دراسة أرشيفية أن المجموعة التى تلقت مقابلات الدافعية المعدلة ذات ست جلسات عززت كثيرًا الالتزام مقارنة بالمجموعة التى تلقت العلاج المعتاد. ووجد دايلى وزاكوف (Daley and Zackoff, 1998)، فى خبرة لعلاج مفتوح غير عشوائى، أن تقديم جلسة واحدة من مقابلات الدافعية

المعدلة فى مجموعات صغيرة يعزز من الدخول فى العلاج مقارنةً مع المجموعة الضابطة التاريخية. تشير هذه الدراسات إلى أن مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة قد تكون مفيدة - على الأقل - فى تعزيز الالتزام بالعلاج، ولكن إصدار حكم نهائى يجب أن ينتظر نتائج المزيد من التجارب المصممة بدقه أكبر.

لقد ركزنا حتى الآن على تطبيقات الدراسات التى أسفرت فيها مقابلات الدافعية المعدلة عن تحسن فى الالتزام بالعلاج. ما الذى يمكن أن نتعلمه من تلك الدراسات التى لم تتوصل إلى وجود فروق دالة بين المجموعات التى تلقت مقابلات الدافعية المعدلة والمجموعات الضابطة التى لم تتلق مقابلات الدافعية المعدلة أو لم تعثر على شروط المقارنة؟ يصعب تفسير آثار وتطبيقات هذه الدراسات فى بعض الحالات. ففى مشروع ماتش MATCH، على سبيل المثال، حضر عملاء علاج تعزيز الدافعية نسبة من جلساتهم أعلى من أولئك الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى أو علاج الاثنتى عشرة خطوة على مدار اثنى عشر أسبوعًا من العلاج (Mattson et al., 1998) ومع ذلك، يمكن أن ترجع هذه الفروق إلى المطالب التفاضلية للمهمة بين حالات العلاج الثلاث، حيث كان مطلوبًا من عملاء علاج تعزيز الدافعية حضور أربع جلسات فقط فى مقابل اثنتى عشرة جلسة فى حالتى العلاج المعرفى السلوكى (العلاج المعرفى السلوكى) وعلاج تيسير الاثنتى عشرة خطوة. فى دراسة تريشر Treasure وزملائه (١٩٩٩)، كان التسرب خلال الأربعة أسابيع الأولى من العلاج متساويًا ما بين حالات علاج تعزيز الدافعية والعلاج المعرفى السلوكى، ومع ذلك، فإن حقيقة أن العملاء فى هذه الدراسة كانوا على قائمة الانتظار لمدة تصل إلى ثلاث سنوات قبل تلقى العلاج تحد من تعميم هذه النتائج.

هناك استنتاج واحد يمكن استخلاصه بثقة يتلخص فى أنه مما لا يثير الدهشة أن تخضع تدخلات الالتزام لقانون تناقص المتابعة: فعندما يكون الالتزام المقيس بالفعل مرتفعًا نسبيًا، قد يكون هناك القليل الذى يمكن الحصول عليه عند محاولة دفعه أكثر من ذلك. على سبيل المثال، كان مقياس الالتزام الوحيد المستخدم فى دراسة بين وميلر وبروجز (Bien, Miller and Burroughs, 1993) هو التزام أفراد العينة فى جلسة العلاج الأولى؛ حيث إن نسبة حضور هذه الجلسة كان أكثر من ٨١٪، لذلك قد لا يكون هناك

سوى فرصة ضعيفة لكى يبدى التدخل أى تأثير. لم تظهر دراستان أخريان على عينات من مدمنى الكحول والمخدرات أى تأثير تدريجى، وقد يرجع ذلك إلى أنهما قد تضمان مشاركين ذوى نسبة مرتفعة نسبيًا من الالتزام عند نقطة الأساس. وفى دراسة دونوفان Donovan وزملائه (٢٠٠١) دخل ٧١٪ من عينة مدمنى للمخدرات فى العلاج بعد متوسط انتظار بلغ ٢٢ يومًا فى المتوسط، وهى نسبة جيدة جيدًا مقارنةً مع العينات الأخرى المماثلة (Hser et al., 1997; Stark, 1992). وفى دراسة دينش Dench وبينيت Bennett (٢٠٠٠) أكمل ٦٣٪ من جميع أفراد العينة العلاج وفقًا لمعايير صارمة، وحضر أفراد العينة الذين تلقوا تدخل الضبط ٩٧٪ من الجلسات المتعاقد عليها، مقارنة بنسبة ٩٨٪ للحضور لأفراد العينة الذين تلقوا مقابلات الدافعية المعدلة؛ أما فيما يتعلق باستكمال العلاج حضرت مجموعة تدخل الضبط ٢٦ يوما من ٣٠ يومًا من العلاج بينما حضرت مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة ٢٨ يوما. بينما تسرب أفراد مجموعة مقابلات الدافعية المعدلة من العلاج بعد أيام أقل بقليل من المجموعة الضابطة، إلا أنهم أظهروا بالفعل فروقًا ذات دلالة إحصائية فى اتجاه الاستعداد للتغيير على مقاييس SOCRATES الثلاثة الفرعية بين ما قبل التدخل وما بعد التدخل. وأخيرًا، لاحظ ماهروشو ومارجريت وسبيلر (Mahurchu, Margettes and Speller) فى دراستهم عن مراقبة الوزن، أن درجه الالتزام بالنظام الغذائى المستهدف كانت منخفضة بين جميع أفراد العينة قبل التدخلات، ويبدو أن عدم تسجيل فروق فى نتائج الالتزام بين المجموعة التى تلقت مقابلات الدافعية المعدلة والمجموعات التى تلقت المشورة النمطية للنظام الغذائى يرجع بوضوح لتأثير الحد الأقصى، لا سيما فى ضوء مزيد من الانخفاضات الواضحة فى النظام الغذائى فى كلا الحالتين.

نتيجة ثانية واضحة هى أنه يرجح أن تبدى مقابلات الدافعية المعدلة تأثيرًا على الالتزام عندما ينحرف بشكل مفرط عن المبادئ الأساسية لمقابلات الدافعية. فمثلاً، تم الاستشهاد بدراسة كوشيبودى Kuchipudi وزملائه (١٩٩٩) فى دراسة (Rollnick & Miller, 1995) كمثال لمشكلة الانحراف فى انتشار الابتكارات (انظر الفصل الثامن عشر من هذا المجلد)، حيث تم إعطاء أفراد العينة نفس الرسالة

(ضرورة الإقلاع عن الشرب وأهمية وكفاءة العلاج) مراراً وتكراراً من جانب عضو فى الفريق العلاجى ثم من جانب عضو آخر، فى محاولة لاستخدام السلطة الطبية لإقناع العينة مباشرة الدخول فى برنامج العلاج. ولم تتم الإشارة إلى أى من مبادئ أو استراتيجيات مقابلات الدافعية باستثناء أسلوب "متعاطف ومهتم" عام، ولم يتم تقديم أى دليل على توجيه سؤال للعينة للاستفسار عن أفكارهم الخاصة بهم حول سلوكهم أو التغييرات التى قد تكون مفيدة، ونظراً لأنه لم يأت ذكر أى مدربين فى مقابلات الدافعية – وكان يقال إن الأخصائيين الاجتماعيين الذين قدموا بعض الجلسات هم "من ذوى الخبرة فى علاج إدمان الكحول" (من المفترض من منظور تقليدى)، لذلك لا يجب أن يبدو هذا مفاجئا.

ما الأسئلة التى مازالت تحتاج إلى إجابة ؟

كما ذكرنا فى البداية، يمكن وصف الحالة الراهنة للبحث فى العلاقة بين التدخلات القائمة على مقابلات الدافعية والالتزام بالعلاج بأنها أولية وذلك على أفضل تقدير، ويمكننا تحديد عدد من القضايا التى تحتاج إلى توضيح عبر المزيد من البحث.

ما العلاقة بين الالتزام بالعلاج ونتيجته ؟

يعد الالتزام بالعلاج مهمًا لدرجة أنه يؤدى إلى تحسين نتائج العلاج؛ وعلى الرغم من رسوخ العلاقة بين الالتزام والنتائج الأكثر نجاحًا، لا نعرف سوى القليل عن الظروف التى يسفر فيها التدخل الساعى لزيادة الالتزام عن تحقيق مكاسب أكبر فى مجال العلاج، وعلى وجه التحديد ما أنواع العملاء الذين يتلقون أنواع العلاجات (سواء علاجات طبية أو نفسية اجتماعية) الذين قد يستفيدون من استراتيجيات الالتزام؟ على سبيل المثال، يعتبر تمكين المرضى فى بعض العلاجات الطبية مثل العلاج المضاد لفيروس الإيدز من أخذ الأدوية بالضبط كما هو منصوص عليه أمراً حاسمًا

لنتيجة العلاج، بينما قد تكون العلاقة بين الالتزام والنتيجة فى بعض نماذج العلاج النفسى أقل وضوحًا، ومن الواضح أن هناك حاجة لدراسات، مثل تلك التى قام بها براون وميلر (Broun and Miller, 1993)، لفحص العلاقات بشكل منهجى بين التدخلات والالتزام وقياس النتائج بهدف توضيح هذه العلاقات.

هل مقابلة الدافعية فعالة بصفة خاصة فى تحفيز الالتزام بالمقارنة بأنواع أخرى من التدخلات؟

أظهرت الدراسات على مدى الأربعين سنة الماضية أنه يمكن تعزيز الالتزام بالعلاج من خلال تدخلات تتراوح بين الاتصالات المختصرة والاتصالات التى تتيحها الصدفة (Carr, 1985; Chafetz, 1961, 1968; Chafetz et al., 1962, 1964; Fiester, Cooley, & Bausinger, 1979; Hochstadt & Trybula, 1980; Koumans & Muller, 1965; Koumans, Muller, & Miller, 1967; Olfson, Mechanic, Boyer, & Hansell, 1998; Turner & Vernon, 1976)، والتعاقد للعلاج (Lash, 1998; Lash & Blosser, 1999) واستقراء الدور (Walizter et al., 1999)، والعلاج غير المباشر (بالإنابة) قبل التدريب، والعلاج الخبراتى قبل التدريب (Walizter et al., 1999) وتشير الدراسات التى راجعناها إلى أن مقابلات الدافعية تضيف شيئًا مفيداً، وأن هذه الفائدة تعادل على الأقل إضافة تدخلات أخرى محددة جيداً تمهيداً للعلاج. كما أشرنا سابقًا، تميل هذه الدراسات إلى التركيز بشكل رئيسى على نتائج العلاج بدلاً من التركيز على الالتزام بالعلاج فى حد ذاته. قدم كونورز Connors وزملاؤه (٢٠٠٠) فقط أول دليل واضح على أن تطبيق منحى مقابلات الدافعية قد يكون، فى بعض الحالات، على الأقل أفضل ليس فقط من عدم التدخل، ولكنه يكون أفضل من صور أخرى من التدخل. ومن الواضح أن الإجابة على السؤال الذى طرحناه آنفا تستلزم إجراء تجارب مقارنة عشوائية لدراسة كل من قضايا الالتزام بالعلاج ومقابلات الدافعية، جنبًا إلى جنب مع قضايا الدقة والصدق الداخلى.

ما "المكونات الفعالة" فى مقابلة الدافعية التى تستخدم كتدخل للالتزام بالعلاج؟

أثار ميلر Miller (٢٠٠٠ مثلاً) وآخرين، عدة مرات، مسألة كيفية تأثير مقابلات الدافعية على نتائج العلاج، وقد تطرح هذه المسألة نفسها بنفس القدر من الإلحاح فى مجال تأثيرات الالتزام. يمكن التعرف على كثير من "المكونات المرشحة لأن تكون فعالة": استثارة حديث التغيير والتأكيد على الخيار الشخصى والتحكم أو "دعم الاستقلالية" (Foote et al., 1999; انظر أيضًا Deci & Ryan, 1985)، وأسلوب معين للاستجابة للمقاومة التى يبديها العميل (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993)، والطريقة التى يتم بها تقديم الإرشاد وطريقة التفاوض من أجل وضع خطط التغيير... وهلم جرا. ومع ذلك تقدم البحوث الحالية مساعدات محدودة فى مجال تقييم أهمية هذه الجوانب لتدخل مقابلات الدافعية المعدلة فى تعزيز الالتزام بالعلاج. وقد تسهم دراسات تفكيك العلاج إلى مكوناته الأساسية لمعرفة مساهمة كل مكون على حدة في تأثير العلاج، وكذلك التحليلات المتخصصة والدراسات النوعية التى تتناول عملية تقديم المشورة فى تقديم صورة أكثر وضوحًا مع مرور الوقت.

من بين العناصر التى تتوافر فيها بيانات حاليًا المردود الصورى؛ حيث تضم غالبية التدخلات قيد البحث هنا عملية توفير المردود، على الرغم من أنه ينبغى أن يلاحظ أن هذه التدخلات تتنوع بين تقارير للمردود من أسلوب فحص الشرب وعمليات توفير مردود منظم وأقل إحكامًا لتقديم مردود على مقياس واحد للاستعداد للتغيير. بصفة عامة، يبدو أن مقابلات الدافعية المعدلة التى تتضمن توفير مردود تظهر اتساقًا فى تعزيز الالتزام بالعلاج أكثر بعض الشىء من تلك التى لا تتضمن هذا المردود، ولكن السؤال المهم هو ما إذا كانت أنواع مختلفة من توفير المردود قد تستخرج تأثيرات مختلفة وكيف.

هناك تباين بين الأساليب المختلفة التى يمكن أن يقدم بها المردود؛ فقد وجد شنايدر Schneider وزملاؤه (٢٠٠٠) أن التقديم ذا طابع "المواجهة" كان فعالاً فى الإقناع بالدخول فى العلاج بنفس درجة فعاليته فى أسلوب مقابلات الدافعية. ومع ذلك، لم يفحصوا تأثيرات ما قام به المعالجون بالفعل فى مقابل ما كان منوطًا بهم القيام به. وبالمثل لم يجد ميلر Miller وزملاؤه (١٩٩٣) أى تأثير رئيسى دال إحصائيًا لأساليب الدافعية مقابل أساليب المواجهة على خفض الشرب، ولكنهم لم يجدوا ارتباطًا بين سلوك المعالجين القائم على المواجهة بنتائج أسوأ فى الشرب سوى من خلال التحاليل المتخصصة التى ربطوا فيها ممارسة المعالجين بنتائج العميل.

المتغير الثانى هو طبيعة المردود نفسها؛ حيث تشير النتائج الأولية التى قدمها زاكوف Zackoff وزملاؤه (٢٠٠٠) إلى أن تقديم مردود محدود فى مقابل مردود واسع النطاق قد يؤدى إلى نتائج مختلفة فيما يتعلق بالدخول فى العلاج والاستمرار فيه، ووجد ناى Nye وأجوشتينيلى Agostinelli وسميث Smith (١٩٩٩) أن تقديم مردود معيارى ومركز على الذات يمكن إما أن يزيد من الاعتراف بالمشكلة أو توليد الدفاع وذلك بناء على ما إذا تم تقديمه بشكل مستقل أو معًا. فقد تساعد مثل هذه الدراسات فى تحديد متى يلعب المردود دورًا رئيسيًا فى كفاءة مقابلات الدافعية المعدلة، وكيف يتفاعل مع غيرها من المكونات الأساسية لمقابلات الدافعية (على سبيل المثال، أسلوب المرشد فى التواصل) من أجل تعظيم التأثير العلاجى.

المكون البارز الثانى المرشح من المكونات الفعالة هو الأسلوب الشخصى المرتبط بمقابلات الدافعية؛ حيث راجعنا فى موضع آخر من هذا الكتاب إقامة علاقة علاجية إيجابية، باعتبارها عنصرًا رئيسيًا فى نجاح العلاج بشكل عام وفى مقابلات الدافعية بشكل خاص، ومع ذلك، فإنه يجدر النظر هنا فى كيفية تأثير " طريقة التعامل مع الأفراد" هذه على الالتزام. سيبدو من الواضح بديهيًا أن العميل الذى يترك المقابلة وهو يشعر بأنه لاقى الاحترام والقيمة والفهم سوف يرغب فى العودة للحصول على مزيد من الشىء نفسه، خاصةً أنه قد يكون من النادر نسبيًا أن يجد مثل هذه الخبرات خارج

البيئة العلاجية (Zuckoff & Daley, 2001) ينبع الدعم التجريبى لهذا الحدس من تجربة مقارنة نسبية بين علاجات "ضعيفة البناء" (دينامية) وعلاجات "محكمة البناء" (معرفية – سلوكية) لمشكلات الكحول، التى وجد فيها نيلسون Nielson ونيلسون Nielson وورا Wraae (٢٠٠٠) أنه بصرف النظر عن مهمة العلاج، فإن وجود مرشد نفسى ذى "مستوى مفهومى" مرتفع ينبئ باحتمال استكمال الجلسات الأربع الأولى أكثر من حالة وجود مرشد نفسى ذى مستوى مفهومى منخفض، ويظل هذا صحيحا، خلافا للتوقعات، سواء كان مستوى العميل المفهومى مرتفعًا أو منخفضًا. المهم هنا هو كيفية تعريف المستوى المفهومى: يوصف المعالجون ذوو المستوى التصورى المرتفع بإبداء المواجدة والمرونة والتسامح وتقبل الغموض والبداهة والموقف غير المسيطر أو غير الاستبدادى التى ذكرها المؤلفون بمثابة ملخص دقيق لأسلوب شخصية مناسب لمقابلات الدافعية. ويبدو أنه من المهم جداً إجراء البحوث التى توضح مدى توقف تأثير مقابلات الدافعية المعدلة على نمط تقديم الإرشاد فى مقابل استخدام استراتيجيات وتقنيات معينة.

بأى شكل مطلوب منا أن نذهب أبعد من البحوث ؟

تشير البحوث التى راجعناها إلى المبادئ الأساسية للتدخل الدافعى وتوجهات البحوث المستقبلية، لكنها لا تقدم إجابة محددة للسؤال الذى يواجه الإكلينيكيين كل يوم: ما الذى يمكننى عمله لزيادة احتمال حضور العملاء للعلاج والالتزام بالخطط التى نضعها؟ هناك سببان رئيسيان لذلك؛ أولا، مقابلات الدافعية المعدلة مصممة أساسًا لمساعدة الأفراد على حل التناقض حول التغيير، مع افتراض أن ذلك من شأنه أن يؤدى إلى مزيد من الالتزام بالعلاج. كما ناقشنا آنفا، لم يلق السؤال الخاص بكيفية تعديل مقابلات الدافعية لتتصدى مباشرة وعلى وجه التحديد لمهمة تعزيز الالتزام بالبحث الكافى. ثانيًا، من غير المرجح أن يتمكن الإكلينيكيون فى الممارسة اليومية من الوصول إلى الموارد والبنية التحتية اللازمة لتقديم أنواع من مقابلات الدافعية المعدلة المنظمة،

والتى يتم اختبارها فى معظم الأحيان. وستساعد توجيهات دمج استراتيجيات الالتزام الدافعى فى مجموعة متنوعة من أنواع العلاج والسياقات الإكلينيكية الإكلينيكيين على خط المواجهة على أن يصبحوا أكثر كفاءة.

ولذلك قمنا بتطوير نموذج للالتزام والتدخل لمساعدة الإكلينيكيين فى تناول قضايا الالتزام بناءً على مبادئ وممارسات مقابلات الدافعية المستخدمة فى السياقات الإكلينيكية، ويعد نموذج الاستعداد الدافعى للعلاج هذا مكونا من بعدين متشابكين، ولكنهما متمايزان فى نفس الوقت: تقبل المشكلة وتقبل العلاج (Daley & Zuckoff, 1999; Zuckoff & Daley, 2001)؛ يمكن وصف تقبل المشكلة، أى ارتباط الاستعداد بالتغيير، بأنه مدى شعور الفرد بالتغيير حسب الحاجة (على سبيل المثال، الاعتراف بالمشكلة أو الحدة المدركة)، ورغبته فيه (على سبيل المثال، الأمل فى مواجهة الخوف)، وقدرته على تحقيقه (على سبيل المثال، كفاءة الذات). ينظر للمستوى المرتفع من تقبل المشكلة على أنه ضرورى حتى يكون العلاج مثمراً، إلا أنه لا يعتقد مع ذلك أنه كافٍ للالتزام بالعلاج، حيث يجب أن يجد الأفراد أيضاً أن العلاج نفسه مقبول إذا ما تعين عليهم تحمل تجارب ومحاولات تحسين حياتهم التى كثيراً ما تكون صعبة أو مؤلمة. وبالتالى، ما يوصف عادة بتناقض العميل حول التغيير قد يعكس فى بعض الحالات حالة يعترف فيها الفرد بوضوح بالمشكلة ويكون راغباً فى العمل على حلها ومستعداً لذلك (مستوى عالٍ من تقبل المشكلة)، ولكنه يتردد فى محاولة القيام بذلك عبر الأسلوب المقترح (تقبل منخفض للعلاج).

تجعل ظاهرة "الشفاء التلقائى"[1] أو التغير الطبيعى فى تعاطى المخدرات أو الاضطرابات النفسية من الواضح أن كثيراً من الحالات وجدت أو يمكنها أن تجد المصادر المطلوبة لنجاح التغيير الذاتى (Granfield & Cloud, 1996; Husby, 1985; Lambert, 1976; Malan, Heath, Bacal, & Balfour, 1975; McCollough et al., 1994; Miller, 2000; Pillay & Wassenaar, 1995; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992; Sobell,

---

١ Spontaneous remission.

Sobell, Toneatto, & Leo, 1993; Stall & Biernacki, 1986; Vaillant, 1995; Waldorf, Reinarman, & Murphy, 1991) ومع ذلك، بالنسبة لأولئك الذين يدخلون فى سلسلة من محاولات التغيير الفاشلة أو الذين لا يدركون موقفهم كموضوع للتغيير الاختيارى، ربما يكون مستوى تقبلهم للعلاج أو استعدادهم لقبول المساعدة عاملاً محدداً لما إذا كانوا سيحققون التغيير الذى يرغبون فيه أو يخططون له أم لا. وسنصف فى الفقرات التالية منحى الالتزام الذى يستخدم مبادئ مقابلات الدافعية لأغراض التعرف على التعامل مع العوامل التى تتسبب عادة فى تناقض العملاء بشأن الحاجة للمساعدة وقبولها واستخدامها، وبالتالى المشاركة المتقطعة أو إنهاء العلاج قبل الأوان.

الاستعداد الدافعى والالتزام بالعلاج

يربط الإطار (٢٠-١) بين مصادر مختلفة لعدم الالتزام أو "عوامل الخطورة" وبين بناءات تقبل المشكلة وتقبل العلاج، وبالتالى يمثل خطوة أولية نحو تعزيز فهمنا لكيفية استخدام الاستراتيجيات المختلفة لمقابلات الدافعية بانتظام لتسهيل الالتزام بالعلاج، ويعترف هذا الإطار المقترح بأن مجموعة المصادر المحتملة لعدم الالتزام والاستراتيجيات ذات الصلة قد تختلف وفقا للفرق بين فئات الأفراد و/ أو المواقف ويمكن تعديلها واختبارها فى مجموعة متنوعة من البرامج.

غالبًا ما يكون الأفراد ذوو التقبل المنخفض للمشكلة متحفظين بشأن طبيعة ومدى وشدة المشكلات الحالية، فلديهم لا تأكد أو تناقض حول ما إذا كانت المشكلة "التى تم تحديدها" تحتاج التغيير حقًا، حيث إن تكاليف الاستمرار فى السلوكيات لا تفوق الفوائد المألوفة. لتوضيح ذلك، من بين العملاء الذين يدمنون المخدرات، لا تفوق عواقب التعاطى المتواصل طويلة المدى (على سبيل المثال، الآثار الصحية والاعتقال والسجن) المكافآت الفورية أو متعة "النشوة" التى يشعر بها بعد الشرب. قد يحل بعض الأفراد هذه المعضلة عن طريق التقليل من أهمية المشكلة الحالية ويقدمون تعليقات مثل "لن يُقبض علي طالما أننى أتعاطى المخدرات فى عطلة نهاية الأسبوع فقط ومع الأصدقاء".

قد يعكس التقبل المنخفض للمشكلة أيضًا التوتر بين آمال الفرد ومخاوفه بشأن الجهود الرامية إلى التغيير؛ ففى بعض الحالات، يكون هذا الصراع ملموسًا ومحددًا، وقد يتعارض أمل مدمن الكحول، فى أن تكون الحياة أكثر جدوى من خلال الدخول فى حياة خالية من الشرب، مع الخوف من أن يهجره الآخرون المدمنون المهمون بالنسبة له بمجرد بداية تحسنه. بصفة عامة، قد يفتقد الأشخاص الذين يتطلعون لاتخاذ خطوات نحو تغييرات كبيرة فى حياتهم للشعور بالأمان؛ مما قد يحول دون رغبتهم واستعدادهم للمخاطرة بالتخلى عما هو مألوف لصالح مستقبل غير مضمون.

وأخيرًا، قد ينبع التناقض بشأن التسليم التام بالحاجة إلى التغيير من الشكوك بشأن ما إذا كان يمكن أن يتحقق مثل هذا التغيير فعلاً. ليس أمام الفرد سوى ثلاثة خيارات فى مواجهة ما يبدو واقعًا لا يطاق: أن ينكر أن هذا هو الواقع، أو أن يقع فى حالة من العجز واليأس، أو أن يجد وسيلة لتغييره. يتوقف تقبل المشكلة جزئيًا على الاعتقاد بأن آخر هذه الاختيارات يمثل احتمالاً حقيقيًا أو تنمية هذا الاعتقاد.

هناك مجموعة من العوامل التى تؤثر على نحو مماثل على تقبل العلاج، فالخبرات العلاجية السلبية السابقة والتوقعات بعلاقة سلبية والمعوقات الخارجية للرعاية والتوجهات الثقافية والالتزامات الأيديولوجية قد تكون جميعها لها أثر سلبى على الاستعداد لتقبل المساعدة فضلاً عن التفاعلات المضرة للعلاقة. بالإضافة إلى ذلك، قد تُقدم المساعدة إلى الأفراد بشكل غير مقبول لهم، على الرغم من أنهم لا يمانعون تقبل المساعدة فى حد ذاتها. على سبيل المثال، قد يكون المريض مهتمًا فقط بتناول دواء ارتفاع ضغط الدم فى حين أن الطبيب يوصى بإجراء تغييرات فى النظام الغذائى وممارسة الرياضة.

قد يضمر الأفراد الذين مروا بسلسلة من الخبرات العلاجية الفاشلة توقعات سلبية خاصة بالمعالج والنتائج المتوقعة، وقد تنشأ هذه الأخيرة نتيجة وجود علاقات عكسية غير مثمرة مع الإكلينيكيين مما يؤدى إلى تفاقم الأعراض وغيرها من المشكلات (على سبيل المثال، الانفصال الزوجى أو الطلاق أو الآثار الجانبية للدواء).

فى بعض الحالات، قد يبدأ العملاء العلاج متوقعين نمطًا شخصيًا استبداديًا ومهملاً أو متلاعبًا ومستغلاً من جانب الإكلينيكى، بينما قد تستند هذه التوقعات على تجارب فى علاقة سابقة إلا أن آثارها السلبية على تقبل العلاج يمكن أن تتفاقم إذا ما تصرف الإكلينيكى عمداً أو عن غير قصد بطريقة تستثير هذه الخبرات الفاشلة.

ينبع التناقض والازدواجية بشأن العلاج أيضًا من القضايا الثقافية أو الأيديولوجية أو العملية؛ حيث يلحق بعض الفئات وصمة العار عند طلب المساعدة من العاملين فى مجال الصحة العقلية، وقد يخشى الباحثون عن المساعدة خشية أن يطلق أقرانهم عليهم لقب "مجانين". بالنسبة للبعض الآخر، يمكن أن تصبح قضايا الكشف عن الذات والسرية عائقا رئيسيًا يحول دون السعى للعلاج والمشاركة فيه. ويمكن للأفراد ذوى العقائد القوية بشأن طبيعة ومصدر مشكلاتهم تكبيل جهود مقدمى العلاج إذا ما رأوا أنهم يفرضون رأيًا مختلفًا، على سبيل المثال قد يقاوم أعضاء مجموعات المساندة المتبادلة ذات الاثنتى عشرة خطوة تصورات عقلية أو نفسية لإدمانهم واحتياجاتهم العلاجية. ومع ذلك قد يغرق آخرون فى بحر المشاغل والاهتمامات اليومية (مثل الصعوبات الأسرية) أو الإقامة فى بيئات اجتماعية غير مستقرة، مما يجعل من الصعب حضورهم أو مشاركتهم فى العلاج، وبدون موارد أو دعم كافٍ قد يكون هؤلاء الأفراد غير قادرين على مواجهة متطلبات العلاج أو الوفاء مثل حضور الجلسات الأسبوعية أو متابعة تناول الدواء بانتظام أو القيام بالواجبات المنزلية.

غالبًا ما يُصنف الأفراد فى هذه الفئات المعرضة أكثر للخطر (أى ذات التقبل المنخفض للمشكلة والعلاج) بأنهم "ليس لديهم دافع" و"مستعصين على العلاج" فى أسوأ الأحوال، أو "من الصعب الوصول إليهم" أو "مقاومين" فى أفضل الأحوال، مما يسفر عن ابتعادهم عن الخدمات الضرورية (راجع Cooney, Zweben, & Fleming, 1995). يبتعد نموذجنا عن هذا المنظور "المدفوع من قبل العميل" متجها نحو منظور تفاعلى (Carroll, 1997; Daley & Zuckoff, 1999; Mattson et al., 1998; Zweben & Barrett, 1993). وهكذا يتحول التركيز إلى القضاء على ممارسات مقدم العلاج التى تمثل معوقات فى الطريق، وإيجاد الآليات التى تسهل الالتزام بين مختلف قطاعات العملاء والمواقف.

شكل (٢٠-١) إطار عمل استكشافي لتناول الالتزام بالعلاج

فئة الدافع	مصادر عدم الالتزام (عوامل المخاطرة)	الاستراتيجيات المختارة
تقبل المشكلة	● تصورات خاطئة، سوء فهم، و/أو لا تأكد حول أهمية المشكلة الحالية. ● المخاوف من النتائج غير المقصودة للتغيير. ● الشكوك حول ما إذا كان التغيير ممكنًا أو في حدود المستطاع.	● أسئلة مفتوحة النهاية. ● تمعن مبنى على المواجدة. ● توفير المردود. ● إظهار التباين. ● توضيح الغموض. ● جعل القلق حول التغيير مألوفًا. ● استثارة "حديث التغيير". ● استكشاف القيم. ● مراجعة النجاحات السابقة. ● التأكيد على الخطوات الصغيرة. ● تكبير الشكوك.
تقبل العلاج	● اللاتأكد أو الازدواجية والتناقض بشأن التغيير. ● المخاوف بشأن ملاءمة وسائل العلاج المقدم. ● التصورات الخاطئة بشأن احتياجات العلاج. ● خبرات العلاج السلبية السابقة. ● المعالج السلبي أو توقعات نتائج العلاج. ● توقعات سلبية للعلاقه العامة. ● الفروق المتعلقة بالثقافة. ● وصمة العار. ● العلاج القسري.	● المواجدة المستمرة وعدم الدفاع. ● تطبيع النمو التدريجي للثقة. ● استكشاف فهم كيفية نجاح العلاج. ● توفير معلومات عن كيفية عمل وتقدم العلاج. ● استثارة التصورات عن احتياجات العلاج. ● التوازن في اتخاذ القرار. ● مراجعة تجارب العلاج السابقة. ● استكشاف وتناول المعوقات السابقة والمستقبلية للتغيير (مثل التحصين). ● التفاوض حول الأهداف التقريبية (أي ترتيب المهام حسب الأولوية).

فئة الدافع	مصادر عدم الالتزام (عوامل المخاطرة)	الاستراتيجيات المختارة
	• عوائق الرعاية (مشكلات مالية وصعوبات أسرية). • فعالية ذاتية منخفضة في معالجة متطلبات العلاج.	• توصيل رسالة "عدم الكمال". • التعرف على عدم الالتزام كعلامة على تدهور العلاقة. • تناول قطع العلاقة. • ضم شخص آخر مساندًا للدعم الدافعي. • التعرف على الخبرات الإيجابية لتلقي المساعدة. • دعم الكفاءة الذاتية أو قدرات المواجهة. • ابداء التفاؤل بشأن كفاءة العلاج.

استراتيجيات مقابلة الدافعية العملية لتحسين الالتزام بالعلاج

نظرة عامة

يقدم الإطار (٢٠-١) مجموعة من التدخلات يعتقد أنها فعالة في معالجة مشكلات الالتزام المذكورة. تم اشتقاق هذه الاستراتيجيات من بحوث مقابلات الدافعية وخبراتنا وتجاربنا. على الرغم من تنوع هذه التدخلات في الكثافة والأسلوب، فإنها تشترك في نفس الهدف المتمثل في تعزيز تقبل المشكلة وتقبل العلاج.

من الممكن تصنيف استراتيجيات الالتزام بصفة عامة إلى مرحلتين: استراتيجيات المرحلة الأولى واستراتيجيات المرحلة الثانية (انظر الفصل السادس والفصل العاشر من هذا المجلد)؛ حيث تركز استراتيجيات المرحلة الأولى على:

(١) تقييم مستويات الفرد الحالية في تقبل المشكلة وتقبل العلاج.

(٢) صياغة فرضيات للرغبات والمعتقدات والمشاعر والخبرات التى تؤثر على كل من هذه الأبعاد.

(٣) والنظر فى خيارات حل التناقض حول التغيير و/ أو العلاج.

وتهدف استراتيجيات المرحلة الثانية إلى مساعدة العملاء على وضع خطة مناسبة للالتزام تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم وتفضيلاتهم واحتياجاتهم العلاجية، ويستلزم ذلك إعداد العملاء للتصدى لمصادر متنوعة من عدم الالتزام فى أثناء العلاج. وقد يحتاج العملاء إلى المساعدة للحفاظ على المشاركة فى العلاج من خلال استخدام مجموعة كاملة من استراتيجيات الالتزام.

المرحلة الأولى: تقييم وفهم العوامل المؤثرة فى الالتزام بالعلاج

تنطوى الاستراتيجيات التقليدية للالتزام على إخبار أو تلقين أو ما هو متوقع من العلاج على العملاء وما سوف يحتاجون إلى القيام به لكى يكون الالتزام ناجحًا (Zweben & Li, 1981)؛ والافتراض الأساسى هو أن هناك احتمالاً أكبر بأن يشارك العملاء فى العلاج ويستمروا فيه إذا ما توفرت لهم المعلومات الصحيحة حول الأدوار والمهام المنوطة بكل من الطبيب والعميل. وقد يكون هذا المنحى هو كل ما هو ضرورى لكسب تعاون العملاء الذين يدخلون العلاج بمستويات مرتفعة نسبيًا من تقبل المشكلة وتقبل العلاج، فقد تنبع شكوك أو لا تأكد هؤلاء العملاء من نقص المعلومات حول العلاج المقترح وليس من القضايا الدافعية الأساسية.

وعلى العكس من ذلك، قد تكون تقنيات الاستقراء التقليدية غير كافية بالنسبة للعملاء ذوى المستويات المنخفضة نسبيًا من تقبل المشكلة وتقبل العلاج؛ فقد تنبع شكوك أو لا تأكد هؤلاء العملاء حول المشاركة فى العلاج من مسائل دافعية (مثل، انخفاض الكفاءة الذاتية أو عدم الثقة فى المرشد أو التناقض بشأن التغيير) وليس من الجهل أو سوء الفهم للعلاج المقترح. وقد يساعد قياس الاستعداد الأولى للعلاج على تحديد العملاء الذين يمكن أن يستفيدوا من التلقين التقليدى للالتزام والعملاء الذين قد يمكن مساعدتهم أكثر من خلال التدخل بمقابلات الدافعية.

تبدأ المرحلة الأولى من تدخلنا بمقابلات الدافعية بالتقييم الحاسم، والذى عرفه ميلر Miller (١٩٩٨ b) بأنه "التعرف على العميل جيداً بما يكفى لتكون قادراً على فهمه من الداخل بينما تكون قادراً على تقديم منظور أوسع". أحد الأهداف الرئيسية لهذا التقييم عند المقابلة هو خلق جو آمن لاستكشاف أفكار العميل ومشاعره.

يسعى المرشد إلى اكتشاف وجهات نظر العملاء حول مشكلات وتوقعات العلاج، وقد يستلزم ذلك مراجعة سلسلة الأحداث التى جلبت العملاء للعلاج والتماس تصوراتهم لأهمية التصدى للمشكلات بدون تقديم تفسير. وقد يمكن تحقيق هذه العملية عن طريق استخدام الاستراتيجيات الأساسية للمقابلات الدافعية، بما فى ذلك الأسئلة المفتوحة وتوضيح وشرح استجابات العميل والتمعن المبنى على المواجدة. ويمكن أيضاً الحصول على بيانات عن تصورات العميل من خلال المقاييس الموحدة. فمثلاً، فى مجال العلاج من تعاطى الكحول، تشتمل مقاييس تصورات العملاء حول تناولهم للكحول على أدوات مثل بطارية مواقف الشرب (IDS; Annis, Graham, & Davis, 1987)، واستبيان التأثيرات المرغوبة الشرب (Simpson, Arroyo, Miller, & Little, 1999).

قد يسأل الإكلينيكيون عن تجارب العملاء السابقة فى العلاج ويتأملونها ثم يلخصونها من حيث صلتها بالالتزام، فقد تتأثر المعتقدات الحالية حول العلاج بالتوقعات التى لم تتحقق من قبل ("أخذت دواء ولكنى ما زلت مكتئبًا")، أو بعدم الرضا عن أسلوب المعالج ("لم يبد أن المعالج كان يهتم بى حقًا")، أو المعوقات العملية التى لم يتم حلها ("لم أتمكن من إيجاد جليسة للرضيع موثوقًا بها"، "لم يكن لدي أى وسيلة للوصول إلى العيادة").

يستشرف الإكلينيكى أيضًا، خلال عملية التقييم، "علامات الإنذار المبكر" لعدم الالتزام نظراً لأن معتقدات العميل تختلف عما هو مقترح فى خطة العلاج (على سبيل المثال، اعتقاد العميل الذى بدأ علاجًا ديناميًا لأعراض القلق بأنه لا فائدة من الحديث عن الماضى)، ثم يقوم الإكلينيكى بنقل ملاحظاته أو تفاهماته حول التقاء العوامل التى قد يكون لها تأثير على مشاركة العميل فى العلاج من خلال عملية لتبادل المعلومات وتلخيصها والتمعن المبنى على المواجدة لردود الفعل الإيجابية والسلبية.

وكما ذكرنا آنفا، هناك مجموعة كبيرة من الأسباب الممكنة لعدم مشاركة العملاء فى العلاج، ومن ثم يكون هدف الإكلينيكى هو مساعدة العملاء فى التعرف على بعض هذه الأسباب المحتملة أو تحديدها وبحثها.

غالبًا ما تبرز هذه المناقشة وتساعد العملاء على التعرف على الفروق بين سلوكهم أو مشكلاتهم أو مخاوفهم وقلقهم و"أين يريدون أن يكونوا" (أهدافهم)، أو "من يريدون أن يكونوا" (قيمتهم). على سبيل المثال، كشفت عميلة بمرارة عن أنها على الرغم من رغبتها والتزامها القوى بالحد من الشرب، تركت العلاج مبكرًا لتفادى تعبيرها عن مشاعر الغضب والإحباط الإكلينيكى المعالج حول البرنامج - إنه رحيل مفاجئ أدى الى انتكاسة كاملة. وقد أدى الإعلان عن الفرق بين الأهمية الشخصية لهدفها وبين إحجامها عن معالجة أحد معوقات تحقيق الهدف إلى لجوئها إلى تعلم طرق أخرى لمواجهة المشاعر السلبية تجاه الآخرين.

بمجرد أن يبدأ العملاء فى الدخول فى حديث التغيير بشأن الالتزام بالعلاج، يطلب منهم الإكلينيكى ترتيب عوامل الخطر التى حددوها حسب الأهمية. وتكمن أهمية هذه العملية فى المساعدة على توضيح أكبر التهديدات، وبالتالى الحاجة إلى مواجهتها على وجه السرعة، ولتوعية العملاء بالأساليب الشائعة لعدم الالتزام (على سبيل المثال، "دائمًا ما أتجنب مصادر المشاعر السيئة"، "لا أتوقع أن يرغب المعالج فى رؤيتى بعدما توقفت عن التحسن وتغيبت عن الميعاد")، ومساعدتهم على الالتزام بالتغلب على هذه المعوقات الرئيسية.

المرحلة الثانية: تنمية خطة تنفيذ العلاج والالتزام به

تنطوى المرحلة الثانية على التفاوض على خطة الالتزام بالعلاج، ولا يتم ذلك إلا بعد التوصل إلى توافق فى الآراء حول القضايا التى يجب تناولها؛ حيث يستخلص الإكلينيكى الأفكار حول كيفية حل هذه القضايا ثم يستعرض (بعد أخذ إذن من العميل) بدائل عدم الالتزام بالعلاج التى يمكن أن تضم التفاوض على الأمور فى الجلسات قبل

الشعور بالإحباط، أو الاحتفاظ بسجل لتعقب المشاعر السلبية عن عملية العلاج، أو تحديد وإشراك "الآخرين المهمين" لتقديم دعم إضافى أو لتعزيز الدافع، أو تقسيم أهداف العلاج طويلة المدى (والتى قد تمثل ضغطًا شديداً) إلى مهام يمكن إدارتها والقيام بها (مثل، فترات من التوقف مقابل الامتناع النهائى عن الشرب، أو تناول الأدوية على أساس تجريبى محدود، أو تحسين التواصل مع شريك الحياة قبل إعادة بدء علاقة جنسية). يمنح تقديم قائمة من الخيارات ومراجعة المزايا والعيوب (التوازن فى اتخاذ القرار) العملاء الفرصة لاختيار أنسب هذه الاختيارات والأفضليات والقدرات، وبذلك ينقل المرشد الثقة فى قدرة العملاء على تحمل مسئولية اتخاذ القرارات الخاصة بهم وأمنيات النجاح.

ينبغى على الإكلينيكيين تجنب التفاوض مع أفراد مازال لديهم شكوك عالقة حول معالجة قضايا الالتزام بالعلاج، وإلا فإنهم قد يشعرون بأنهم مضطرون لوضع خطة الالتزام قبل الشعور بأنهم على استعداد لذلك أو قبل الشعور بالثقة فى تنفيذها، بدلاً من ذلك قد يعكس المرشد الشكوك بطريقة مواجدة بينما يتناول التقاعس عن العمل، على سبيل المثال قد يكون من المهم إخبار العميل بأن الكثير من الأفراد يفضلون معرفة مدى صعوبة تذكر تناول الدواء بشكل منتظم قبل أن يأتوا بأفكار لتقوية ذاكرتهم. عادة ما يتنفس العملاء الصعداء عندما يحدث هذا.

الأفراد الذين يواجهون مهمة غير محببة إليهم، مثل تقرير البقاء فى العلاج، قد يكونون أفضل استعداداً لاتخاذ القرار والقيام بالإجراءات فى وقت لاحق عبر الوقت وليس بالضرورة اتخاذ القرار فى الحال (Zweben et al., 1988) قد يستفيد هؤلاء العملاء من معرفة أن العلاج يمكن أن يركز مبدئيًا على مسألة ما إذا كان التغيير القائم على أساس العلاج مطلوباً أو مرغوباً فيه دون الحاجة إلى الالتزام الفورى بعملية العلاج. يجب فى الوقت نفسه أن يكون المرشد على استعداد للتحول عن موقف التفاوض إذا ما استدعت الظروف ذلك. وفى بعض الحالات (على سبيل المثال، العملاء الذين يتدهورون إكلينيكيًا)، قد يكون من الضرورى للإكلينيكى أن يعرب عن مخاوفه وقلقه حول مغادرة العميل قبل الوصول إلى قرار نهائى. ومع ذلك، وفقًا لروح مقابلات الدافعية، يجب أن يحصل الإكلينيكى على إذن قبل ذكر مخاوفه وقلقه.

سيكون من غير المفاجئ أنه قد يكون لدى بعض العملاء، بعد أن يغادروا، "أفكار مختلفة" أو استجابات سلبية حول المسائل المختلفة التى وقعت خلال دورة العلاج. ويمكن لهذه الأفكار أو ردود الفعل أن تنشأ عندما لا يشعر العملاء بالراحة فى الكشف عن الذات، خاصة بالنسبة لشخص فى موقع السلطة، وقد يشعر بعضهم بأن ليس لديهم "الحق" للتشكك فى "السلطة"، و/ أو قد يكونون خائفين من الانتقام، وبالتالى يشعرون بأمان أكثر إذا ما أظهروا التعاون حتى لو كان مثل هذا الموقف غير مثمر للوفاء باحتياجاتهم العلاجية. على سبيل المثال، قد يقلق بعض العملاء بشدة من وجود تأثير ضعيف لدواء وصفه الطبيب المعالج على اضطراب مزاجهم، ومع ذلك، بدلاً من الكشف عن خيبة أملهم، قد يفضلون التوقف عن تناول الدواء تماماً دون إبلاغ الطبيب المعالج أولا. إذا ما تكرر هذا السيناريو مع إكلينيكيين مختلفين، يمكن أن يشكل ذلك فى نهاية المطاف عائقًا رئيسيًا أمام التحسن.

ولذلك، من المهم بالنسبة للإكلينيكيين تركيز اهتمام العملاء على استجابات الفعل المستقبلية المحتملة من خلال وصف ماهيتها ومناقشة سبل التعامل معها. يؤكد الإكلينيكى على أهمية التعامل مع ردود الفعل اللاحقة هذه إذا ما حدثت أو عند حدوثها بينما يعرب عن تفاؤله بشأن جهود العميل للتعامل مع هذه التحديات، وإلا سيزيد من خطر تصرف الفرد بتهور واندفا ع بدلا من التصرف بعد إمعان النظر والتشاور مع مقدمى العلاج.

لتجهيز عميل للتعامل مع ردود الفعل السلبية اللاحقة، قد يسلم المرشد الرسالة التالية فى ختام جلسة المرحلة الثانية: المشاعر المختلطة أو الشكوك المستمرة حول العلاج، فضلاً عن نكسات أو لحظات الصرا ع، هى مجرد جزء طبيعى من عملية العلاج وليست دليلاً على الفشل؛ ويمكن أن تصبح مناقشة هذه المسائل بشكل علنى بمثابة فرصة حقيقية لمزيد من التعلم والتغيير. تساعد هذه الرسالة "عدم الكمال" فى كثير من الأحيان فى الحد من الشعور بالذنب والخجل أو الإحراج الذى يشعر به الفرد عند عدم القدرة على الكفاح والمقاومة، كما أنه أيضًا بمثابة آلية "لتحصين" العميل ضد رد الفعل المتهور والإحباط أو عدم الرضا عمومًا عن تقدمه.

ملخص

بينت الدراسات أن العملاء الذين يلتزمون بنظام علاجى عادة ما يحققون نجاحًا أفضل من أولئك الذين لا يلتزمون بالعلاج، وأنه يمكن استخدام أساليب مقابلات الدافعية بشكل فعال لتسهيل الالتزام لدى مجموعات مختلفة من العملاء والعلاجات عبر مجموعة متنوعة من المواقف، ولاسيما فى تقليل التناقض والازدواجية من أجل استمرار المشاركة فى العلاج. يسمح لنا البحث الحالى بأن نكون متفائلين بحذر، ولكن مازال هناك حاجة للمزيد من العمل قبل أن نتمكن من الإجابة على الأسئلة بصورة أكثر تأكيداً. هناك حاجة لإجراء المزيد من العمل ليس فقط فى نتائج تجارب المقارنة، ولكن أيضًا فى مجال البحوث التى تركز على العملية، لتوضيح آليات التغيير وتحسين المكونات الفعالة لمقابلات الدافعية المعدلة.

استناداً إلى مراجعة للأدبيات وخبرتنا الإكلينيكية، وضعنا إطار عمل للتوصل لفهم أفضل للعلاقات المتداخلة بين متغيرات الدافعية (تقبل المشكلة وتقبل العلاج) وعوامل الالتزام بغرض تعزيز عملية تقديم استراتيجيات مقابلات الدافعية. نعتقد أن لدينا الآن أدوات قيمة لتناول مشكلات الالتزام، وأنها إذا ما طبقت بصورة منظمة ووفقًا لروح مقابلات الدافعية فى بداية العلاج وطوال مساره، فإننا نستطيع تمكين عدد أكبر من العملاء لتحقيق أكبر استفادة من العلاج.

الفصل الحادى والعشرون

المقابلة الدافعية مع المراهقين وصغار السن

JOHN S. BAER and PEGGY L. PETERSON

هناك اهتمام كبير باستخدام مقابلات الدافعية مع الفئات الأصغر سنًا، ونعتقد أن معظم هذا الاهتمام يستند إلى النتائج الواعدة للبحوث التى استخدمت مقابلات الدافعية مع مجتمع البالغين، والتحدى المستمر لتقديم خدمات فعالة للشباب (Moskowitz, 1985) على الرغم من ذلك، ربما يكون من الضرورى إجراء بعض التعديلات على مقابلات الدافعية عند العمل مع المراهقين والشباب، حيث يختلف المراهقون عن البالغين فى نواح مهمة. وغالبًا ما تختلف المظاهر الإكلينيكية للشباب عن تلك الملحوظة بين البالغين؛ فالعوامل الارتقائية والنفسية تؤثر على السياق وعلى محتوى التدخلات ونمطها وأهدافها. نستعرض فى هذا الفصل المسائل الارتقائية والأساس المنطقى وراء استخدام مقابلات الدافعية، ثم نفحص باختصار الأدبيات التقيمية المتاحة القليلة نسبيًا، وأخيرًا نقدم بعض الاعتبارات الإكلينيكية ونسجل ما نعتبره مسائل رئيسية للانتباه فى المستقبل.

نعتقد أن مقابلات الدافعية تصف أسلوبًا إكلينيكيًا مُفيدًا فى مسائل متنوعة متعلقة بالصحة. على الرغم من هذا، اقتصر اهتمام معظم الجهود التى بُذلت لتطبيق مقابلات الدافعية مع المراهقين والشباب على تعاطى المخدرات، ولذلك يركز هذا الفصل على مسائل تعاطى المخدرات، برغم أنه ليس هناك أى سبب نظرى يوجب قصر مقابلات الدافعية على هذا المجال من السلوكيات الخطرة.

الاعتبارات الارتقائية

المراهقة

المراهقة مرحلة متميزة فى الحياة بين الطفولة والرشد، تتميز بالتغييرات فى العمليات الحيوية والنفسية والاجتماعية، وتشهد ارتقاء الأفراد بسرعة، وارتقاء للخصائص الجنسية الثانوية والقدرات المعرفية العليا، والتبنى التدريجى لسلوك البالغين الاجتماعى. تتمثل المهام النفسية الرئيسية للمراهقة فى تنمية الاستقلال الذاتى والهوية والمهارات الشخصية والاجتماعية الضرورية لتبنى أدوار البالغين. وتوصف المراهقة بصفة عامة بأنها وقت الاضطراب الكبير الذى يتضمن الصراع الكبير بين الطفل والوالد، وتأرجح المزاج، واللاعقلانية من طرف المراهق كما يظهر هذا الاضطراب المتطرف بشكل كبير كأسطورة (Offer & Schonert-Reichl, 1992; Peterson, 1993). على الرغم من أن أقلية، ذات دلالة، من الشباب هم الذين يعيشون مراهقة مشاغبة وصاخبة ومضطربة، ترجع مشكلات العديد منهم إلى مسائل تسبق مرحلة المراهقة تتعلق بالأسرة ومسائل اجتماعية ومسائل تتعلق بالصحة العقلية. أكثر من ثلث المراهقين ينتقلون لمرحلة الرشد فى تكيف جيد طوال مرحلة الانتقال، بينما حوالى الربع فقط هم الذين يقعون فى اضطرابات باستمرار خلال مرحلة الانتقال هذه (Golombeck, Marton, Stein, & Korenblum, 1989).

على الرغم من ذلك، هناك زيادة فى أثناء المراهقة فى النشاطات التى تشكل خطراً على الصحة والأمن، بما فيها تعاطى الكحول والمخدرات والسلوك الجنسى. فمثلاً، يشير ربع الطلبة أنهم قد تعاطوا الكحول بوصولهم الصف الدراسى الثامن، وتزيد هذه النسبة إلى ٦٥٪ بوصولهم الصف الدراسى الثانى عشر (Johnston, O'Malley, & Bachman, 2000a). والسبب الرئيسى للوفاة بين الشباب وصغار الراشدين فى المرحلة العمرية بين ١٠-٢٤ عامًا هو تصادم السيارات بنسبة (٣١٪)، يليها القتل بنسبة (١٨٪)، ثم الانتحار بنسبة (١٢٪)، وأخيراً بسبب إصابات أخرى بنسبة (١١٪) (Centers for Disease Control, 2000). ويدخل تعاطى الكحول والمخدرات الأخرى فى

جـمـيع أسـبـاب الوفـاة هذه (Cherpitel, 1994; Maio, Portnoy, Blow, & Hill, 1994). هناك أيضًا مجموعة رئيسية من الشباب تقع فى مشكلات فى أثناء المراهقة وتظل مزمنة معهم فى الرشد. لحسن الحظ، يكون تورط غالبية المراهقين فى السلوكيات الخطرة بصفة مؤقتة (Chen & Kandel, 1995). علاوة على ذلك، يتعلم الشباب من خلال اختبارهم للحدود وتحديهم للقيود الاجتماعية، تطوير وتنمية التحكم الذاتى فى سلوكهم (Jessor, 1991).

صغار الراشدين

يمكن النظر إلى المرحلة الأخيرة من المراهقة بأنها تلك المرحلة التى يكون فيها الفرد مكتفيًا ذاتيًا بشكل مستقل ويأخذ على عاتقه أدوار الراشدين. وقد اقترح آرنيت Arnett (٢٠٠٠) مؤخرًا عملية ارتقائية وسيطة أطلق عليها اسم "البلوغ الناشئ"[١]، ويرى أن الأفراد ضمن الفئة العمرية التقريبية من ١٨ إلى ٢٥ عامًا يتميزون ديموجرافيًا وشخصيًا ونفسيًا عن كل من المجموعتين العمريين الأصغر سنًا (المراهقين) والأكبر سنًا (الكبار الراشدين)، وفيها تتجاوز استكشافات الهوية الفردية فى مناطق الحب والعمل والنظرة إلى العالم تلك التى تم صياغتها مبدئيًا فى سن المراهقة، إلا أن هذه الاستكشافات للهوية لا ترقى لتلك التى يطورها الأفراد فى سن الرشد. وتظهر هذه العملية الارتقائية فى الثقافات التى توصف عادة بأنها صناعية مرتفعة أو ما بعد صناعية، حيث يميل الشباب إلى البقاء فى نظام التعليم لمدة أطول (فى العشرينيات من عمرهم) وغالبًا ما يؤجلون الزواج والأبوة. بالتماثل مع المراهقة، تتميز هذه المرحلة بالسلوكيات ذات المستويات المرتفعة من الخطورة (تعاطى المخدرات والممارسة الخطرة للجنس وقيادة السيارة بشكل خطر)، حيث يستكشف الفرد هويته ودوره. فمثلاً، تصل نوبات الإفراط فى الشرب إلى ذروتها فى المرحلة العمرية ما بين ١٩ إلى ٢١ عام

---

١ Emerging adulthood.

(Johnston, O'Malley, & Bachman, 2000b). كما ذكر (Arnett, 2000) "تتميز هذه المرحلة بممارسة التجارب والخبرات المبتكرة والحادة بحُرية أكثر من المراهقين والراشدين، لأن احتمالية مُراقبتهم من قبل الآباء تكون أقل من المراهقين، ولأنهم أقل تقيداً بالأدوار من الراشدين" (p. 475). ويمكن أيضا أن تتفاقم السلوكيات الخطرة عند الوجود فى المواقف الاجتماعية الشائعة بين هذه الفئة العمرية. فمثلاً، ارتبط الإفراط فى الشرب بالسكن فى مساكن الكلية فى الولايات المتحدة الأمريكية (Gfroerer, Greenblatt, & Wright, 1997) وبالعضوية فى المنظمات الاجتماعية الجامعية (Cashin, Presley, & Meilman, 1998). وتعتبر المعايير الاجتماعية المدركة وتعاطى الأقران للكحول والمخدرات ضمن العوامل المؤثرة التى تنبئ بسلوكيات التعاطى بين هذه المجموعة العمرية (Baer, تحت الطبع).

وكتحذير، ليس بالضرورة أن يمر جميع المراهقين بهذه العملية (سن الرشد الناشئ)، فالمراهقون الناجحون نسبيًا هم الذين يرجح أن يمدوا العمليات التعليمية نحو عمل أكثر مهنية، وفى الواقع يكون المراهقون الأصغر سنًا الأكثر انغماسًا فى تعاطى المخدرات والسلوكيات الخطرة الأخرى أقل احتمالا لأن يمدوا من فترة استكشافات الدور، ومن الأرجح أن يتركوا المدرسة مبكرًا ويتولوا وظائف الراشدين فى أعمار أصغر ويتزوجوا ويصبح لديهم أطفال فى وقت مبكر عن أقرانهم الأقل تورطًا فى المشاكل والاضطرابات (Baumrind & Moselle, 1985; Newcomb & Bentler, 1988). وهكذا، يتميز الأفراد الذين يمرون بهذه العملية النمائية، والذين قد يتم تصميم تدخلات خاصة بهم فى نمط مقابلات الدافعية، فهم لا يُمثلون كل أعضاء المجموعة العمرية.

الأساس المنطقى لاستخدام مقابلات الدافعية مع المراهقين وصغار الراشدين

نرى مقابلات الدافعية أسلوبًا واعدًا للعمل مع المراهقين وصغار الراشدين؛ حيث تتطلب مهام المراهقة – نمو الاستقلالية الذاتية وتشكيل الهوية الفردية المميزة – التشكك فى أشكال السلطة وتحديها. ويشيع التناقض الوجدانى بين المراهقين والشباب،

ويتجاوز هذا التناقض السلوكيات الخطرة إلى المسائل العامة للهوية والأدوار. الأساليب الإكلينيكية المحترمة التى تعترف بالاختيارات والتناقض، والتى لا تزيد من المقاومة تبدو اختيارات منطقية، لذلك يجب الترحيب بالأسلوب الإكلينيكى الذى لا يقتصر فقط على التقليل من الجدال إلى الحد الأدنى، ولكنه يستخدم التناقض الوجدانى أيضًا فى تنمية الدافع للتغيير. نشعر أيضًا بفضول وانفتاح مشترك على المسائل الفلسفية بين الشباب، والتى قد تجعل مقابلات الدافعية مفيدة بصفة خاصة لهم. يميل تطبيق مقابلات الدافعية لدعم أهداف التغيير الشخصى وليس الأهداف المؤسساتية أو الأهداف التى يضعها المرشد، والتى تدعم بشكل طبيعى استكشافات لنظرة الفرد إلى العالم والجهود المستمرة نحو الاستقلال الذاتى. ويبدو أن استخدام مقابلات الدافعية، بالاتساق مع أهداف تقليل الضرر، يتناسب أيضًا مع الأفراد الأصغر سنًا الذين لا يعانون من ظروف مزمنة.

خُصصت موارد كبيرة لبرامج الوقاية العالمية لمنع أو لتأخير تورط الشباب فى سلوكيات خطرة، غير أن فاعليات وتأثيرات الوقاية كانت ضعيفة (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، ٢٠٠٠، Pentz et al., 1989; Department of Health and Human Serveces, 2000)، وهناك من الأدلة ما يشير إلى عدم فعالية برامج الوقاية للشباب الذين دخلوا بالفعل فى السلوكيات الخطرة (Brown & Horowitz, 1993; Ellickson & Bell, 1990). وقد تكون مقابلات الدافعية ملائمة، بصفة خاصة، لبرامج الوقاية المستهدفة أو الموصى بها المُصممة للشباب الذين تورطوا بالفعل فى السلوكيات الخطرة (انظر بعد).

ونحن نرى أيضًا مقابلات الدافعية منهجًا مُبشرًا لدمج الشباب فى الخدمات؛ فقليل من الشباب هم من ينظرون إلى سلوكهم الخطر كمشكلة تحتاج للعلاج أو لخدمات أخرى. فربما تكون مقابلات الدافعية، بأسلوبها القائم على عدم إصدار أحكام وعدم المواجهة، منهجا مفيدًا للمشاركة الأولية والوصول إلى الشباب فى مواقعهم (Slesnick, Meyers, Meade, & Segelken, 2000) علاوة على ذلك، يشجع تطبيق مقابلات الدافعية فى صورة مختصرة على استخدامها فى سياقات غير رسمية يميل الشباب

لقضاء الوقت فيها (مثل الذهاب إلى المراكز الترفيهية). وقد تكون مقابلات الدافعية مفيدة أيضًا ضمن برامج العلاج المتاحة؛ حيث يدخل معظم المراهقين برامج العلاج من المخدرات، لأن شخصًا آخر قرر أنه يجب عليهم الوجود هناك (أحد أعضاء الأسرة أو المحكمة أو مسئول فى المدرسة)، كما تُعانى برامج العلاج من نسب مرتفعة من التسرب وعدم إكمال العلاج (من ٢٠٪ الى ٥٠٪، Winters, Latimer, & Stinchfield, 1999). ونظرًا إلى النتائج المُشجعة لمقابلات الدافعية بين مجتمع الراشدين، قد تكون مفيدة أيضا فى تحسين الالتزام بالعلاج والاستمرار فيه بين المراهقين والشباب أيضًا.

فعالية مقابلات الدافعية مع المراهقين وصغار الراشدين

يعد استخدام مقابلات الدافعية مع المراهقين والشباب أمرًا جديدًا نسبيًا، ولا يوجد حتى الآن سوى القليل من الدراسات المصممة بشكل جيد. تناولت كل الدراسات، حسب علمنا، التدخلات المختصرة، وعادة ما تقدم مبدئيًا الردود الشخصى المرتدة حول سلوك معين خطر بعد تقييمه (cf. Miller & Sovereign, 1989). كما راجعنا هنا، تم استحداث التدخلات المختصرة فى عدة سياقات مختلفة لأهداف متنوعة سواء للوقاية أو للعلاج، حيث تصف معظم البرامج المرشدين الذين يقومون بالتدخل فى أسلوب يتسق مع مقابلة الدافعية، كأن يكون "لا يعتمد على المواجهة ومبنى على المواجدة ويستخدم الإنصات المتمعن والأسئلة المفتوحة وينمى التباينات". وعادة ما يتم مقارنة هذه التدخلات المختصرة مع مجموعات ضابطة تتمثل فى "مجموعة لم تتلق أى علاج" أو "مجموعة تتلقى العلاج التقليدى".

لا نعرف ما إذا كانت هناك دراسات قامت بمقارنة الأسلوب الإكلينيكى لمقابلة الدافعية بأساليب التدخل الأخرى. علاوة على ذلك، فحصت دراسات قليلة محتوى التدخل وطريقة تقديمه، ولذلك فمن الصعب تقييم أى أوجه لمقابلات الدافعية كان يخضع للاختبار بشكل محدد.

استخدام مقابلات الدافعية كتدخل وقائى موصى به

قامت بضع دراسات قليلة باستخدام مقابلات الدافعية فيما يمكن أن يعتبر تدخلا وقائيًا موصى به، أى الوقاية التى تستهدف الشباب الذين بدأوا بالفعل سلوكًا خطرًا. كانت بعض هذه الدراسات استطلاعية وصغيرة (Colby et al., 1998; Roffman, 2000)، بينما البعض الآخر يجرى فى الوقت الحالى فى المجال (Peterson, 1998). يستثنى من ذلك دراسة مونتى Monti وزملائه (١٩٩٩)، التى قامت باختبار تدخل مختصر من مقابلة الدافعية مع مجموعة من المراهقين دخلوا غرفة الطوارئ بسبب حادث متعلق بشربهم للكحول. تسمح غرفة الطوارئ بالوصول للشباب الذين تورطوا حديثًا فى سلوك خطر ويصعب الوصول لهم بطريقة أخرى، كما تسمح أيضًا بفرصة لعمل تدخل مع الشباب الذين يعانون بالفعل من عواقب سلوكهم الخطر .(Barnett, Monti, & Wood, 2001)

تراوح سن الشباب فى دراسة مونتى Monti وزملائه (١٩٩٩) من ١٣ إلى ١٩ عامًا، تم توزيعهم عشوائيًا إما فى مجموعة تتلقى مقابلة مختصرة (من ٣٥ إلى ٤٠ دقيقة) مع مردود شخصى أو فى مجموعة للتدخل بالرعاية النمطية (٥ دقائق) التى توزع على أعضائها مطبوعات وقوائم خدمات يمكن التحويل إليها خاصة بطرق الوقاية من الإصابات التى تتعلق بشرب الكحوليات ومصادر العلاج. وقد ورد وصف القائم بالتدخل العلاجى بأنه "يركز على المواجدة، ولا يجادل، ويبرز التناقض والفعالية الذاتية والاختيار الشخصى" (Monti et al., 1999, p. 991). أبدى أولئك الذين كانوا ما بين ١٨ و١٩ عامًا فى مجموعة العلاج معدل انخفاض فى المخاطرة المتعلقة بالكحول خلال المتابعة التى تمت خلال ستة أشهر، مقارنة بأولئك الذين خضعوا للرعاية التقليدية (كانوا أقل احتمالا لأن يتورطوا فى قيادة السيارة وهم تحت تأثير الشرب، وأبدوا عددا أقل من انتهاكات الحركة، وكانوا أقل إبلاغًا عن الإصابات المتعلقة بالكحول أو المشكلات المتعلقة بالكحول مع الأسرة والأصدقاء والشرطة، والمدرسة). ومن المثير أنه لم تلحظ الدراسة أى فروق بين المجموعات بين الشباب فى سن من ١٣ إلى ١٧ عامًا (Barnett et al., 2001)، قد ترجع هذه النتيجة، جزئياً، إلى حقيقة أن المراهقين الأصغر سنًا لم يظهروا أصلاً

مستويات مرتفعة من الشرب والعواقب المرتبطة به، وبالتالى يصعب ظهور التغيير. وربما كانت الرعاية التقليدية أكثر كثافة على المراهقين الأصغر بسبب استخدام قسم منفصل للطوارئ يقدم تدخلا أكثر من الأخصائى الاجتماعى.

قامت ثلاث دراسات إضافية مكتملة باختيار تدخلات مختصرة ذات مردود شخصى باستخدام نمط مقابلات الدافعية كوقاية موصى بها. قدمت إحداها تدخلاً مماثلا لذلك الذى استخدم من قبل Monti وزملائه (١٩٩٩)، ولكنها استهدفت الامتناع عن التدخين لعينة من الشباب دخلوا غرفة طوارئ بالمستشفى (Colby et al., 1998). وقد طورت دراسة أخرى تدخلا فى صورة "فحص الماريجوانا" لمجموعة من المتطوعين من إحدى المدارس الثانوية (Roffman, 2000). وطورت دراسة ثالثة تدخلا مختصراً سعيا لتحسين التمسك بأهداف النظام الغذائى (تخفيض الكوليسترول والاستهلاك الغذائى للدهون) لعينة من الشباب مشتركين بالفعل فى دراسة طولية (Berg-Smith et al., 1999). وصفت كل هذه الدراسات تدخلاتهم بأنها تقديم لمردود مختصر عن السلوك الخطر فى نمط يتسق مع مقابلات الدافعية – كما وصفناها آنفا. وقد وجدت كل الدراسات الثلاث عند المتابعة أن الشباب قد خفضوا من سلوكهم الخطر. على الرغم من ذلك، توجد عدة أسباب تحد من الثقة فى النتائج. ففى دراسة الإقلاع عن التدخين، لوحظ تأثير ذو دلالة إكلينيكيه للحجم، فى معدلات الامتناع (٠,٢٨) فى المتابعة التى تمت بعد ثلاثة شهور، بين مجموعة المقابلة الدافعية والمجموعة الضابطة التى لم تتلق سوى مشورة قصيرة (١٠٪ فى مقابل ٢٠٪)، ولكن هذا الفرق لم يكن ذا دلالة إحصائية مع عينة صغيرة مكونة من ٤٠ مشاركًا فقط. لم تشتمل الدراستان الآخريان (Berg-Smith et al., 1999; Roffman, 2000) على مجموعات مقارنة.

تسعى جهودنا البحثية الجارية، المتمثلة فى مشروع ستارز STARRS[1] دراسة (تقييم مراهقى الشوارع وتقليل الخطر)، أيضًا إلى اختبار نموذج للوقاية الموصى بها، ولكننا قطعنا خطوة للأمام من خلال القيام باعتراض الشباب فى الشارع المعرضين

---

١ Street Teen Assessment and Risk Reduction Study.

لمعدلات مرتفعة من الخطر؛ حيث يعتبر الشباب المشرد أو ما يطلق عليهم شباب "الشوارع" من أعلى أصحاب نسب تعاطى المخدرات والمشاكل العقلية والصحية بين كل المراهقين (Adlaf, Zadnowicz, & Smart, 1996; McCaskill, Toro, & Wolfe, 1998)، إلا أن نسبة صغيرة فقط من شباب الشوارع هم الذين يبحثون عن المساعدة لمشكلات الكحول والمخدرات. مثلما تم فى هذه الدراسات التى وصفناها توا، قام مشروع تقييم ودراسة مراهقى الشوارع وتقليل الخطر بتوزيع عينة البحث من الشباب عشوائيًا لتلقى مردود شخصى على السلوك الخطر الذى تم تقييمه باستخدام مقابلة عند نقطة الأساس. توجه مقابلات الدافعية الأسلوب الإكلينيكى وتهدف لتشجيع الشباب على التفكير فى القيام بتغيير سلوكهم الخاص بتعاطى المخدرات، وإن أمكن، تسهيل توصيل أو ربط الشباب بالخدمات الاجتماعية المتاحة. على الرغم من أن النتائج الأولية تبدو واعدة، مازال التقييم الرسمى فى انتظار التطبيق على عينة أكبر.

استخدام مقابلات الدافعية فى علاجات أخرى مع المراهقين

نعرف دراستين تضمنتا مقابلات دافعية ضمن خدمات علاجية أخرى للمراهق. الدراسة الأولى عن مشروع علاج الشباب من تعاطى الحشيش (CYT)[1] ويضم عينة كبيرة (ن = ٦٠٠ مشارك)، وهو مشروع متعدد المواقع، يقارن بين خمس وسائل لعلاج مرضى العيادة الخارجية الذين يتعاطون الماريجوانا (Dennis, 2000)؛ حيث تم إجراء علاج التعزيز الدافعى (MET)[2] فى جلستين كجزء من اثنين من الخمسة علاجات، بالاشتراك مع من ثلاث إلى عشر جلسات إضافية للعلاج المعرفى السلوكى. (خمس جلسات من العلاج المعرفى السلوكى وعلاج تعزيز الدافعية MET-CBT5[3] واثنتا عشرة جلسة من العلاج المعرفى السلوكى وعلاج تعزيز الدافعية MET-CBT12)

١ The Cannabis Youth Treatment.
٢ Motivational Enhancement Theory.
٣ CBT: Cognitive Behavioral Therapy.

واشتملت العلاجات الأخرى التى قورنت على العلاج الأسرى متعدد الأبعاد، ومنحى الدعم المجتمعى للمراهقين، وعلاج آخر أضاف مكونًا من الدعم الأسرى إلى اثنتى عشرة جلسة من علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى. وقد استخدمت الدراسة نوعين من العلاج، الأول الذى قارن الزيادات فى كثافة العلاج (علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى وخمس جلسات علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى واثنتا عشرة جلسة من علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة إلى اثنتى عشرة جلسة من علاج أضاف مكونًا من الدعم الأسرى)، والآخر قارن العلاجات البديلة (علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى وعلاج أسرى متعدد الأبعاد وخمس جلسات منحى الدعم المجتمعى للمراهقين). تم توزيع الشباب عشوائيًا إلى أحد العلاجات الثلاثة المقدمة فى المواقع المذكورة. لم يتم نشر تفصيلات العلاج بالتعزيز الدافعى فى البحث المنشور، على الرغم من أنه يجرى حاليًا إعداد دليل للعلاج.

على الرغم من أنه لم يتم تقييم مقابلة الدافعية كعلاج مستقل بذاته، كان هناك بعض النتائج المثيرة: أولاً، أسفر علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى عن نتائج مماثلة للعلاجات الأطول أو الأكثر كثافة عند المتابعة بعد ستة أشهر. فمثلاً، فى العلاج البديل، أسفرت خمس جلسات علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى عن نسبة مئوية مماثلة من الشباب الذين امتنعوا عن التعاطى مع عدم ظهور أعراض كما كان الوضع مع البرامج العلاجية الأطول (منحى الدعم المجتمعى للمراهقين والعلاج الأسرى متعدد الأبعاد). ثانيًا، كانت كل الفروق الملحوظة فى النتائج بين خمس جلسات من علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى واثنتى عشرة جلسة من العلاج المعرفى السلوكى لصالح الخمس جلسات من علاج تعزيز الدافعية مع العلاج المعرفى السلوكى الذى أظهر نتائج أفضل. لذلك، لا يبدو أن إضافة المزيد من جلسات للعلاج المعرفى السلوكى يزيد من فعالية العلاج من حيث تعاطى المخدرات أو المشكلات الناجمة عن التعاطى.

أجرى أوبرى (Aubrey, 1998) دراسة أخرى أضافت مقابلات دافعية إلى الخدمات العلاجية المتوافرة، حيث تم توزيع الشباب أفراد العينة عشوائيًا إلى مجموعتين، تتلقى إحداهما مقابلة دافعية من ثلاثين إلى ستين دقيقة قبل العلاج بالعيادة الداخلية وأخرى لا تتلقى مقابلة الدافعية، وقد زودت الجلسة الشباب بمردود منظم حول تعاطيهم للمخدرات، وذلك باستخدام "أسلوب علاجى مبنى على الدافعية والمواجدة" (Aubrey, 1998 p. 22). أبدى الشباب الذين تلقوا جلسة مقابلة دافعية عدد أيام تعاطى للكحول أقل بعد العلاج، على الرغم من عدم وجود فرق بين المجموعتين فى تعاطى عقاقير أخرى، كما ظهر أيضًا تأثير المقابلة فى الاستمرار بالعلاج، حيث أبدى الشباب الذين تلقوا المقابلة الدافعية التزاما أكبر بالعلاج (سبع عشرة جلسة مقابل ست جلسات).

استخدام مقابلات الدافعية مع آباء المراهقين

يعد دور الأسرة حاسمًا فى كل من الوقاية والعلاج الناجح للسلوك الخطر للمراهق؛ فقد طور ديشيون Dishion (تحت الطبع) تدخلا مختصرًا لآباء المراهقين وأطلق عليه "فحص الأسرة"، وهو عبارة عن تدخل مكون من ثلاث جلسات تقدم لآباء المراهقين لتقوية ودعم الممارسات الوالدية لتخفيض سلوك المراهق الخطر، وتتضمن الجلسات مقابلة مبدئية مع الآباء والمراهق وجلسة تقييم للأسرة وجلسة لتوفير المردود. حيث يدمج التدخل الدافعى مكونات كل من المردود والمسئولية والمشورة وقائمة بالخيارات وفعالية الذات، حيث يقوم هذا الأسلوب من العلاج على بناء علاقة وئام مع العميل باستخدام أساليب الأسئلة المفتوحة والمواجدة والتمعن (Dishion, in press). وقد ضم الاختبار الأولى للفحص الأسرى (Rao, 1999) أربعين أسرة لديهم شباب فى عمر من إحدى عشرة إلى أربع عشرة سنة ذوى مستويات مرتفعة من الخطورة. وفقا لعبارات الشباب والآباء والمعلمين، أظهر الشباب أعضاء الأسر فى مجموعة مقابلة الدافعية انخفاضًا فى السلوك المشكل عند المتابعة، وذلك مقارنة بالمجموعة الضابطة التى كانت على قائمة الانتظار لهذا التدخل. علاوة على ذلك، أشار الآباء إلى تحسن مهاراتهم

فى إدارة مهام الأبوة. وذكر كل من ديشيون وكافانوف Kavanaugh (تحت الطبع)، فى تطبيق آخر، أن التدخل فى نمط مقابلة الدافعية المقدم فى سياق مدرسى أدى إلى خفض فى تصاعد التورط مع الأقران المنحرفين وتعاطى المخدرات والسلوك المضاد للمجتمع (ورد فى ديشيون، تحت الطبع).

استخدام مقابلات الدافعية مع طلاب الجامعة متعاطى الكحول

هناك عدة دراسات، حتى الآن، منشورة عن التدخلات المختصرة باستخدام مقابلات الدافعية مع طلاب الجامعة الأمريكيين المفرطين فى تعاطى الكحول. ففى دراسة أجريت فى جامعة واشنطن (Marlatt et al., 1998)، ضمت متطوعين من الطلاب الجدد المفرطين فى تعاطى الكحول فى دراسة طولية لتخفيض الخطر المتعلق بشرب الكحول فى كل أنحاء الكلية. يعرف ذوو الخطورة المرتفعة بأنهم الأفراد الذين يحتلون الربع الأعلى فى قائمة المفرطين فى شرب الكحول فى المدارس الثانوية، وقد تم ضمهم فى الدراسة، وأكملوا تقييم خط الأساس فى الأسابيع القليلة الأولى فى الفصل الدراسى الخريفى، ثم تم توزيع هؤلاء الطلاب عشوائيا لتلقى مقابلة للمردود الشخصى باستخدام مبادئ مقابلات الدافعية. وقد صُمم المردود الشخصى ليتناول المسائل ذات الأهمية لطلاب الكلية الجدد، وقدمت لهم بيانات عن معدلات الشرب النمطية ومعدلات نوبات الشرب ومقارنات معيارية بالأقران فى نفس الأعمار، والمنافع والمخاطر المدركة من الشرب والأساطير حول تأثيرات الكحول (الوهم والتوقع والتحمل). وقد وصف ديمف Dimeff، وبير Baer، وكيفلهين Kivlahan، ومارليت Marlatt (١٩٩٩) محتوى هذا البرنامج بالتفصيل "الفحص الموجز للكحول وتقديم المشورة لطلبة الكليات"، (BASICS)؛ حيث لا يقتصر عمل المحاورين فقط على إجراء مقابلات الدافعية وتوفير المردود لإبراز التباين بين السلوك والمعايير، ولكنهم يقدمون أيضًا التعليم والتثقيف إذا كان المشارك متقبلاً لذلك.

تشير نتائج الدراسة إلى أن طلبة الكلية الذين تلقوا التدخل الدافعي الوقائي قد نجحوا أكثر من أولئك الذين لم يتلقوا هذا التدخل (Marlatt et al., 1998)، كما لوحظ في المتابعة، التي وقعت بعد سنتين، تأثير ضعيف على معدلات الشرب، وتأثير معتدل على النتائج السلبية المرتبطة بتعاطي الكحول، واستمرت الفروق بين مجموعة الضبط والتحكم من جهة ومجموعات التدخل من جهة أخرى فيما يتعلق بالنتائج السلبية لمدة أربع سنوات بعد تقييم خط الأساس (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight, & Marlatt, 2001). وتشير التحليلات الطولية إلى أنه يبدو أن تأثير الوقاية يعمل، في المتوسط، على تعجيل الأسلوب المعياري لتقليل الشرب بمرور الوقت. رغم ذلك، يختلف مسار الشرب بشكل كبير من طالب لآخر؛ حيث يشير مزيد من التحليلات إلى أن التدخل بمقابلات الدافعية يمكن أن يكون قد أبطأ عبر الوقت من تصعيد الشرب مقارنة بأولئك الذين لم يتلقوا التدخل (Baer et al., 2001; Roberts, Neal, Kivlahan, Baer, & Marlatt, 2000).

تكررت فعالية منحى الفحص الموجز للكحول وتقديم المشورة لطلبة الكليات " مع عينات أخرى من طلبة الكليات العامة (Borsari & Carey, 2000; Murphy et al., 2000)، وكذلك صمم برنامج دافعي خصيصا لأعضاء الجمعيات (Larimer et al., 2001). وقد أضاف ميرفي وزملاؤه (٢٠٠٠) شرطًا رئيسيا للرقابة – وهو نفس الشرط الموجود في المنحى التعليمي الأسلوبي الخاص بالكحول. لا يزود هذا الشرط فقط "ضبط الانتباه" – والذي لم يتم اختباره من قبل – لكنه أيضًا يقلد البرمجة التعليمية النموذجية في الحرم الجامعي. علاوة على ذلك، يقوي إضافة مجموعة ضابطة تعليمية معيارية من النتيجة التي مفادها أن المردود الشخصي يمثل جزءًا مهمًا في برنامج الفحص المختصر للكحول وتقديم المشورة لطلبة الكليات.

كما هو الحال في كثير من البحوث التي تستخدم مقابلات الدافعية (Rollnick & Miller, 1995)، فإن ما هو غير واضح هو كيف وتحت أي شروط تكون البرامج أكثر فعالية؛ فقد يكون من الممكن تخفيض خطر تعاطي الكحول لطلاب الكلية على أساس إرسال مردود شخصي بالبريد في نمط يتسق مع تلك التي تستخدم في بروتوكولات فحص

متعاطى الكحول (Agostinelli, Brown, & Miller, 1995). تشـــير دراستان حـديثتان إلى أن مناقشات المجموعة التى تتم من قبـــل طلبة الكليات حول تخفيف خطر الكحول لا تفشل فقط فى تحسين تأثير المردود المرسل بالبريد، ولكنها ربما فى الحقيقة تتداخل مـع هـذا التـأثير.

اعتبـارات إكلينيكيـة

يمثل استخدام مقابلات الدافعية مع المراهقين وصغار الراشدين بعض التحديات الإكلينيكية، فعلى سبيل المثال لاحظ إنجيرسول Ingersoll، واجنير Wagner، وجاريب Gharib (٢٠٠٠) عدة أبعاد يُعتقد أنها خصائص مُمـيزة للمراهقين الذين يوجـدون فى المواقف الإكلينيكيـة بسـبب مـشكلات المخـدرات والكحـول، وهى كـالآتى: تـاريخ من التفاعلات المسيطرة مع الراشدين والتعرض السابق للرسائل التعليمية المبالغ فيها عن المخدرات والإحساس بالحصانة أو عدم القابلية للخطر والقهر من قبل أجهزة العدالة والحاجة لتأسيس الهوية وترجيح عدم تقدمـهم إلى مرحلة إدمـان المخـدرات. والشىء المـلاحظ فى هذه القائمة أن النتيجة السائدة لكل خاصية هو الاتجاه لمزيد من المقاومة للنفـوذ والتـأثير.

يمكن أن تمثل هذه المقـاومـة سلاحًا ذا حـدين، فـهى من ناحـيـة تجعل مـقـابلات الدافـعـيـة الخـيـار الأكـثـر منطقـيـة كنمـط للتـدخل، ولكنـهـا فى نفس الوقت لا تجـعل استخدامـها سـهلا على وجه التحديد. ويرى إنجرسـون Ingersoll وزملاؤه (٢٠٠٠) أن مـهمة المرشد الأولى هـى أن يميز نفسـه عن الراشدين الآخرين ذوى الرسائل الأكثر تقليدية؛ حيث يمكن أن يحقق المرشد ذلك من خلال تزويد الشباب بالمعلومات التى تكون فى الحـقـيـقة مـختلفة عن تلك التى تعرضـوا لهـا فى السـابق. وقد يعـترف المرشـدون بالشكوك التـى قـد يضـمرها المراهـق حـول جلسات مـقـــابلات الدافـعيـــة ويتـأملونها. أما بخصـوص تقديم المشورة والنصـائح حول خيارات التغيير والعلاج، والتى مـازالت تعتبر مكونا مهمًا فى التدخلات المختصرة، فلا يجب تقديمها إلا بعد بذل الجهود بعناية كبيرة لتنمية التحالفات العلاجية.

تُعد التعاقدات الضمنية الخاصة بالعلاقات الإكلينيكية مهمة، فهى تمثل حالة استثنائية يطلب فيها المراهق أو البالغ صغير السن أن يبحث عن الخدمات. ففى الغالب يجبر الشباب على العلاج وغالبًا ما يكونون مستاءين لذلك، وستتضارب هذه المشاعر مع الدخول فى أى مقابلة. وعلى الرغم من أنه لا يمكن القضاء على هذه المشكلة مع الالتزام، هناك عدة استراتيجيات لتقليل أضرارها إلى الحد الأدنى، حيث يستطيع المرشد الاعتراف بالأفكار والمشاعر العامة علنًا، ويشجع الشاب – عندما يكون ذلك مناسبًا – على رؤية ما إذا كان يمكنه الاستفادة من المقابلة أو التمتع بها على الرغم من الظروف (التى أجبرته على الوجود هنا).

تعانى برامج الوقاية المستهدفة والوقاية الموصى بها من صورة معينة من هذا العقد العلاجى الشاذ؛ فنادرًا ما يتم طلب برامج الوقاية أو السعى إليه وغالبا ما تستفيد هذه البرامج من الأنظمة المحفزة لتسهيل المشاركه فيها. لذلك، قد يكون اشتراك الشباب فيها أقل إجبارا، ولكن مع ذلك قد ترجع مشاركتهم بسهولة إلى تقديم حوافز لهم مقابل مشاركتهم، مثل دفع أموال لهم أو منحهم درجات فى دراستهم، أو فى أحسن الأحوال إثارة فضولهم. فى هذه الحالة، سوف نجد فروقًا أساسية بين أهداف المحاور القائم بالمقابلة والفرد الذى تتم معه المقابلة، فربما يبدى الشباب توجهًا متشككًا ومتحديًا – على غرار "أنا لا أصدق – أرنى ما تقول": فهم قد يكونون راغبين فى اتخاذ قرارات المشاركة، ولكنهم ليسوا على استعداد للدخول فى حوار علاجى. ويمكن، بل ويجب على المرشد أن يناقش هذه المخاوف بشكل مفتوح، وعليه أن يحاول ضمن المقابلة أن يوفر بعض الأسس لهدف مشترك. فغالبًا ما نقول "قد تتساءل هل ستكون هذه المقابلة مهمة أو مفيدة لك"، "أقدر هذا"، "دعنى أعرف إذا ما اقترينا من شىء يتناسب مع خبراتك، ومتى ذلك". وجدنا فى عملنا أنه من الضرورى أن نكون حساسين تجاة شكوك الشباب، ولكن أيضًا لا نستفيض فى القضية. سوف تتطور العلاقة والتحالف العلاجى، بصفة أساسية، عندما تكون تجربة المقابلة مختلفة بالفعل، وليس مجرد سماع نيات المرشد بأنها ستكون مختلفة. وغالبا ما يكون الدخول فى الموضوع بلطف، وكذلك تقديم المردود بنبرة دافئة وخالية من إصدار الأحكام أكثر فعالية

من التفكير فى المقاومة. فى الحقيقة، أحد أسباب استخدام المردود فى تدخلات مقابلات الدافعية مع الشباب هو أنها توفر شكلاً للمقابلة ومادة للتفاعل حولها. إن علاقة الوئام بين المرشد والشباب تتشكل وتتطور من خلال مثل هذه المناقشات. حاولت البروتوكولات، التى وصفناها فى مراجعتنا السابقة توفير مردود عن أبعاد تعاطى المخدرات التى كانت على علاقة كبيرة بخبرات الشباب. من المفيد أيضًا السعى وراء ردود الشباب بخصوص تقييمهم لمدى تناسب محتوى المردود، وذلك دون الموضوعات التى لا تشغل اهتمامهم.

نصادف أيضًا كثيرًا من الشباب الذين لا يتكلمون على وجه التحديد، وغالبًا ما يكون ردهم حتى على الأسئلة المفتوحة "لا أعرف". كما ذكرنا آنفا فى هذا الكتاب، قد تكون مقابلات الدافعية، والإنصات المتمعن تحديداً، مفيدين بصفة خاصة مع العملاء قليلى الكلام. على الرغم من ذلك، من الضرورى أن يدور الممارسون للإرشاد النفسى حول هذه المقاومة من المراهقين. نجد أنفسنا نقدم حجمًا ضخمًا من بناء المقابلة من خلال وصف ما يمكن أن يكون متوقعًا فيها، وكم الوقت سوف تستغرقه، وكوننا فضوليين لمعرفة أفكارهم حتى إذ لم يوافقونا. كذلك تصبح الأسئلة المغلقة أكثر شيوعًا، حيث يمكن للإجابات البسيطة بـ"نعم" أو "لا" توجيه المناقشة، على الأقل، فى اتجاه معين. أحيانًا يكون المعالجون أهدأ وأبطأ مع العملاء قليلى الكلام، ولكنه ليس ذلك الهدوء المفرط الذى قد يثير شعور العميل بعدم الارتياح.

يجب أن نكتشف الأهداف الشخصية، وندعمها، حتى تلك الأهداف الهامشية أو حتى تلك التى تتناقض مع موضوع التدخل. قد يأتى العديد من المراهقين وصغار الراشدين بحثًا عن الرعاية الصحية بسبب تعاطى المخدرات، ولكن عادة ما يكون لديهم أهداف شخصية، أو حتى مخاوف، حول مسائل مختلفة تمامًا (مثل علاقات الأقران أو النشاط الجنسى). ويجب أن يتسلح المرشدون بكثير من المرونة فيما يتعلق بمواضيع المحادثة وأن يسعوا لإبراز التناقضات بين الموضوعات المتباينة.

علينا أن نحتفظ بلغة تخلو من إصدار الأحكام وأن نعدلها وفقا للمخاوف والاهتمامات الأكثر حساسية مثل انتقاد الشباب وإصدار الأحكام عليهم. فمثلاً، فى سياق العلاج مع الراشدين، عادة ما لا يثير استخدام كلمة "مشكلة" أى مقاومة، غير أنه مع الشباب - ولاسيما عند المشاركة فى البرامج الوقائية - فإن مجرد الإشارة إلى تعاطى المخدرات أو الكحول "كمشكلة" يمكن أن يثير رد فعل دفاعيًا. نحن نسعى جاهدين للحديث مع المراهقين حول "اختياراتهم"، و"سلوكهم" وربما "أخطارهم"، ولكن لا نطلق على سلوكياتهم اسم "مشكلات" أو "مسائل" أو حتى "مخاوف واهتمامات" ما لم يبدأ المراهق بذلك أولاً.

يجدر بالذكر أنه يرجح أن تتفاوت هذه المسائل الإكلينيكية من مجموعة لأخرى، ومن ثقافة لأخرى، كما تتفاوت أيضًا بوصفها دالة للعمر ولسياق الخدمات الإكلينيكية، وربما يشعر المراهقون الصغار، ذوو المشكلات المتعددة وتاريخ من التورط مع نظم العدالة الجنائية، بارتياب شديد نحو أى بالغ، غير أن طلبة الثانوى والجامعة الذين لا يعانون من أى صعوبات أخرى غالبًا ما يبدون فضولاً حول تعلم خيارات تخفيض الخطر. على الرغم من ذلك، لا يتم التعبير عن هذا الاهتمام غالبًا إلا بعد أن يقال للمشاركين إن البرنامج يسعى لأن يكون مختلفًا عن البرامج الأخرى للتوعية الصحية.

توجهات للمستقبل

لا يزال استخدام مقابلات الدافعية مع المراهقين جديدًا نسبيًا، فالتقييمات التى أجريت حتى الآن كانت بشكل كبير عبارة عن دراسات استطلاعية صغيرة، ولم تستخدم كل هذه الدراسات مجموعات ضابطة. وكما ذُكر سابقا، لم يتم تقييم المكونات الأساسية لأسلوب مقابلات الدافعية على وجة التحديد. لذلك، فإن أى استنتاجات حول مدى ملاءمة أو فعالية مقابلات الدافعية مع المراهقين تكون بالضرورة مؤقتة.

على الرغم من ذلك، يسمح الاتساق بين الدراسات التى راجعناها آنفا ببعض التفاؤل؛ فالحصيلة الإجمالية للدراسات الموجودة تشير إلى أن التدخل المختصر الذى يستخدم

مقابلات الدافعية مع المراهقين وصغار الراشدين قد يخفض من سلوك الخطر، ويحسن من معدلات الالتزام بالبرنامج ومن نتائج علاج تعاطى المخدرات. سجلت التجارب الإكلينيكية ذات المتابعة الطولية تغيرات فى السلوك، منها إحدى الدراسات التى كشفت عن تأثيرات ذات دلالة فى المتابعة التى تمت بعد أربع سنوات (Baer et al., 2001). ركزت الدراسات حتى الآن على القليل من المشكلات الإكلينيكية، أما التركيز الحالى على تعاطى الكحول فهو منطقى نظراً لارتباطه بمخاطر على الصحة والسلامة، غير أن هناك العديد من السلوكيات الأخرى التى تشكل خطورة على الصحة، والتى يمكن أن تُستهدف من قبل التدخلات، مثل تعاطى المخدرات والممارسات الجنسية الخطرة والمخاطر الجسدية. واقتصرت الدراسات حتى الآن أيضًا على استخدام بروتوكولات "الفحص" كاختبارات لمقابلات الدافعية ومن الواضح أن المردود الشخصى وفحص شارب الكحول هما مجرد واحد من تطبيقات مقابلات الدافعية.

تبدو مقابلات الدافعية واعدة، بشكل خاص، كمنهج للتدخل للوصول إلى الشباب وصغار الراشدين الذين يتورطون فى سلوكيات خطرة. هكذا، يمكن أن تكون مقابلات الدافعية أكثر فائدة فى تطوير برامج الوقاية المختارة أو الموصى بها (أى التى تستهدف وقاية الممارسين الجدد للسلوكيات الخطرة). على الرغم من ذلك، قد تعمل مقابلات الدافعية جيداً كمكون ضمن برنامج عام للوقاية الشاملة التى تدمج كلا من الوقاية الأساسية والوقاية الموصى بها. على سبيل المثال، هناك برنامج جامعى حديث لطلاب الحرم الجامعى يدمج حملات إعلامية لزيادة إدراك الخطر وخفض معايير الشرب لمجتمع الطلاب عامة، كما يقدم تدخلات دافعية مختصرة تستهدف الطلاب شاربى الكحول (Miller, Toscova, Miller,& Sanchez, 2000). على الرغم من ذلك، بالنسبة للمراهقين الأصغر سنًا وأولئك الذين لم يتورطوا فى السلوك الخطر، يكون من غير الواضح الكيفية التى قد يمكن بها استخدام مقابلات الدافعية فى برامج عامة للوقاية. تتجنب برامج الوقاية الأكثر فاعلية، القائمة على أساس المدرسة، توضيح القيم، ولكنها بدلاً من ذلك تنمى المقاومة، وكذلك مهارات الحياة الأخرى بالتعاون مع تعديل معايير تعاطى المخدرات (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, & Botvin, 1990; Hansen & Graham, 1991).

من الجدير بالذكر أن مقابلات الدافعية قد تثير الجدل عند استخدامها فى مجالات الوقاية المذكورة؛ فكما أن تناول الكحول محظور قانونًا على من هم أقل من واحدة وعشرين سنة فى الولايات المتحدة، كذلك الحال بالنسبة للعقاقير الأخرى غير الموصوفة من قبل طبيب. حيث يتخذ تحديد الهدف ورسائل تخفيض الخطر - على الأقل فى بعض المواقف - مسارًا معاكسًا للمعتقدات العامة التى تفيد بأنه يجب على الشباب أن يمتنعوا ببساطة عن السلوك غير القانونى، وأنه يجب على المتخصصين أن يأمروهم بذلك. من الواضح أننا نختلف مع هذا النموذج من الرسائل الوقائية. على الرغم من ذلك، كل عمل للوقاية يتم ضمن سياق ثقافى ومجتمعى. وتستخدم معظم برامج الوقاية من تعاطى الكحول والمخدرات العمليات الاجتماعية والتأثيرات الاجتماعية المتكاملة من جهات عديدة (Mrazek & Haggerty, 1994). سيحتاج القائمون بإجراء مقابلات الدافعية فى سياق الوقاية أن يقدموا بعناية الأساس المنطقى لهذا الاستخدام، وأن يجمعوا الدعم من التأثيرات المهمة الأخرى فى حياة الشباب.

كما هو الحال فى بحوث مقابلات الدافعية عموما (انظر الفصل السادس عشر من هذا الكتاب)، نحن لا نعرف الكثير حول كيفية عملها وما الشروط الضرورية والكافية للحصول على نتائج إيجابية. هناك حاجة لمزيد من البحوث لفحص بناء التدخلات بمقابلات الدافعية وتعقدها المعرفى للمراهقين فى أعمار مختلفة. فقد يحتاج المراهقون الأصغر سنًا مردودًا أبسط ينتظم ضمن التدخلات المهتمة بالفحص. ومن المحتمل أيضًا أن تكون هناك قيود أقل من حيث التعقيد المعرفى (التفكير المجرد)، حيث لا يكون من المتوقع أن تكون مقابلات الدافعية مفيدة. وهناك حاجة للمزيد من البحوث لفحص القيم الشائعة بين المراهقين وصغار الراشدين. على سبيل المثال، فقد يستند دافعهم لتغيير تعاطى المخدرات على قيم مختلفة جدا (مثل تفادى النزاع الأبوى) عن القيم التى وراء دافع التغيير بين الراشدين. تركز معظم البرامج على النتائج قصيرة المدى، بدلا من التركيز على النتائج طويلة المدى. يقترح نموذج (Arnett, 2000)، لاستكشافات الدور للبالغين الصاعدين، قيما معينة لكى يتم تناولها فى مقابلات الدافعية للعديد من صغار الراشدين. تستحق المسائل العلاقاتية بين المراهقين والإكلينيكيين القائمين بمقابلات

الدافعية (أى التحالف العلاجى) المزيد من البحث والاهتمام الإكلينيكى. ونعتقد بوجود تباين فى هذا البعد بين الشباب، حيث ينعزل بعض الشباب تمامًا عن النظم الاجتماعية التقليدية. وكما ذكرنا سابقا، قد يتطلب التحالف العلاجى مع المراهقين وصغار الراشدين المزيد من الوقت والطاقة والتقنيات إذا ما قورنوا بالراشدين.

أخيرًا، لا نجهل مشكلة صناعة الملف فى البحوث الإكلينيكية، حيث يتم التحيز لنشر البحوث ذات النتائج الإيجابية فقط، ويتم تجاهل تلك التى تنطوى على النتائج السلبية. تجلى ذلك واضحًا حيث تضمنت معظم الأدبيات التى تمت مراجعتها سابقا على دراسات منشورة ذات نتائج إيجابية. نعرف أن هناك على الأقل رسالة واحدة اختبرت مقابلات الدافعية فى المجتمعات الجامعية، على عينة معيارية (ليسوا معرضين لخطر كبير) من طلبة الكليات (Miller, 1991) ولم تسفر عن أى تأثير علاجى لمقابلات الدافعية. بالإضافة إلى ذلك، هناك عدة اختبارات مستمرة تجرى حاليًا لاستخدام مقابلات الدافعية مع الشباب (بما فيها دراستنا). ربما تكشف السنوات العشر القادمة ومع صدور الطبعة الثالثة لمجلد "مقابلات الدافعية"، ومع مراجعة لتطبيقاتها مع المراهقين والشباب عن نتائج مختلفة، ونأمل التوصل لقاعدة معرفية منقحة عن التطبيقات الإكلينيكية.

شكر وتقدير

تم تمويل العمل فى هذا الفصل، جزئيا، من قبل منحة رقم No. 5 R01 AA12167 من المعهد القومى لتعاطى الخمور وإدمانها.

الفصل الثانى والعشرون

مقابلات الدافعية مع جمهور الجرائم الجنائية

JOEL I. D. GINSBURG, RUTH E. MANN, FREDERICK
ROTGERS, and JOHN R. WEEKES

قليلون هم الذين يمكن أن يجادلوا فى أن الهدف من الحفاظ على نظام العدالة الجنائية هو المساهمة فى حماية المجتمع من خلال تحديد الأفراد المتورطين فى سلوكيات إجرامية والقيام بالتدخل المناسب معهم. من المقرر أن مفاهيم العقاب والانتقام توجد ضمن هذا المنظور، ولكن استطلاعات الرأى تشير إلى دعم فكرة إعادة تأهيل المجرم. بالإضافة إلى ذلك، هناك دور آخر لنظام العدالة الجنائية وهو مساعدة المجرمين على تغيير السلوكيات (على سبيل المثال تعاطى المخدرات والسلوك الجنسى غير الملائم) التى تساهم فى ارتكابهم للجريمة، مما يقلل من خطر عودتهم للجريمة. توضع السلطات القضائية للعدالة الجنائية فى جميع أنحاء العالم وتنفذ من خلال التصدى لهذه المهام المتعددة، مجموعة متنوعة من التدخلات لتلبية احتياجات الجناة (على سبيل المثال، التصرفات والتوجهات المضادة للمجتمع وعدم كفاية مهارات حل المشكلات (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990). يشير الفحص السريع لهذه التدخلات بأنها تختلف اختلافًا كبيرًا فى قاعدتها النظرية والمنحى، وعلى الأرجح الكفاءة، فى تسهيل تغيير السلوك.

وعلى الرغم من هذا التنوع، تم اتخاذ خطوات كبيرة فى الثمانينيات من القرن العشرين لوضع الخصائص المميزة لبرامج الإصلاح الفعالة. وقد وردت تفاصيل توصيات معينة للبرنامج فى العديد من الدراسات الوصفية التحليلية، التى تدعم بصفة عامة كفاءة البرامج التى تستهدف السلوك الإجرامى (Andrews, Zinger, et. al., 1990; Dowden & Andrews, 2000; Lipsey & Wilson, 1993). تم تقديم كثير من هذه البرامج الخاصة بالتعلم الاجتماعى والموجهة لتنمية المهارات المعرفية للسلوك لدى المجرمين الخطرين. بدلا من الرد على السؤال: "أى هذه البرامج ينجح؟"، يتناول هذا الفصل السؤال التالى "ماذا يمكن عمله لمساعدة المجرمين على المشاركة والاستمرار فى البرامج التى تركز على تغيير السلوك الإجرامى؟" يبدو أن مقابلات الدافعية قد تستطيع تقديم إحدى الإجابات عن هذا السؤال.

يعترف معظم العاملين فى مجال العدالة الجنائية بأن دوافع الجانى تعتبر مكونًا مهمًا وحاسمًا فى عملية تغيير السلوك، ولكن تجربتنا فى مجال العدالة الجنائية فى كندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة تشير إلى أن تعريفات دوافع الجانى وممارسات التدخل متنوعة وواسعة النطاق. نناقش فى هذا الفصل أولاً مسائل الدافعية فى مواقف العدالة الجنائية، ثم ندرس ثانيًا استخدام مقابلات الدافعية مع المجرمين، وينصب التركيز على تطبيقاتها مع الجناة فى جرائم جنسية والجناة الذين يعانون من مشكلات تعاطى المخدرات، ونقدم مراجعة لمجموعة مختارة من البحوث والأدبيات الإكلينيكية، ثم نتناول ثالثًا استخدام مقابلات الدافعية علاجًا مساعدًا، ثم نعرض رابعًا بعض المساوئ المحتملة لاستخدام مقابلات الدافعية فى مجال العدالة الجنائية، وأخيرًا نقدم اقتراحات لبعض التوجهات المستقبلية التى قد يفيد منها العاملون فى مجال العدالة الجنائية.

مسائل الدافعية فى مواقف العدالة الجنائية

نناقش فى هذا القسم المسائل التى تؤثر على الدافع لتغيير السلوك لدى عملاء العدالة الجنائية؛ حيث يمكن تصور الدافع، على حد سواء، على النطاق الأوسع بوصفه استعدادًا لتغيير السلوك الإجرامى وعلى النطاق الأضيق بوصفه استعدادًا للمشاركة

فى برامج العلاج والالتزام به. وعلى الرغم من إمكانية قياس النتائج الأطول أجلا بعد التدخل، يعد المقياس الأهم للمجتمع والأمثل للجانى هو الحد من احتمال الإتيان بسلوك إجرامى فى المستقبل.

الدافعية وثقافة العدالة الجنائية

غالبًا ما تعرقل الثقافة الشاملة التى توجد داخل نظم العدالة الجنائية الدافع لدى المجرمين؛ حيث كانت النظرة التقليدية ترى أنه يتعين على المجتمع أن يكون "أكثر بطشًا وعنفًا" مع المجرمين ومعاملتهم وفقا لذلك. وينظر العديد من المواطنين إلى المجرمين على أنهم ينتمون إلى جنس أقل من الإنسان، وبالتالى ليسوا جديرين بالاحترام والكرامة. أدت هذه المشاعر، بالإضافة إلى الفهم القوى الخاطئ واسع النطاق بأن العقاب يقلل من العودة إلى الجريمة، إلى تبنى برامج ونظم علاج قائمة على العنف والترويع وتعظيم مستوى المواجهة والهيمنة الخارجية.

وبالمثل، توجد فى بعض المرافق الإصلاحية علاقة خصومة واضحة بين الموظفين والسجناء، حيث يوجد تفاعل اجتماعى قليل للغاية بين هاتين الفئتين ضمن هذه الأنظمة. وقد تؤدى لفتات الدفء والاحترام (على سبيل المثال، تبادل النظرات والابتسام وإلقاء التحية) من قبل الموظفين المؤسسيين إلى إطلاق الزملاء عليهم اسم "العشاق المخدوعين" أو "القلوب الدامية". فعلى سبيل المثال، وجد لاريفير Larivière وروبينسون Robinson (١٩٩٦) أن ٢٣٪ فقط من ضباط السجون التأديبية والإصلاحية الفيدرالية الكندية يبدون تعاطفًا تجاه المخالفين. علاوة على ذلك، أيد ٧٦٪ من العينة العقاب كهدف مهم للتأديب والإصلاح، بينما يؤمن ٥٤٪ فقط من الضباط بكفاءة إعادة التأهيل، يمكن العثور على مواقف مماثلة بين ضباط السجون الإصلاحية والتأديبية فى المملكة المتحدة (Hogue & Mann, 2000).

فى المقابل، نرى أن هذه الثقافة ذات العداء القوى تؤدى إلى موقفين متضادين ومتعارضين يمثلان "هم" فى مقابل "نحن"، وهو الأمر الذى يتناقض مع روح التعاون التى تميز مقابلات الدافعية. علاوة على ذلك، الاعتقاد بأن المعاملة القاسية ستكون

جيدة بالنسبة للمجرمين غير صحيح بكل بساطة (Andrews, Zinger, et al., 1990)، فنحن نرى، بدلاً من ذلك، أن مقابلات الدافعية وتركيزها على التقليل من المقاومة قادرة على تزويد العاملين بالعدالة الجنائية بالمهارات التى يمكن أن تزيد من كفاءة تفاعلهم مع الجناة وتحسين مناخ نظام العدالة الجنائية المعروف تقليدياً بأنه وعظى وحكمى وعقابى ومتشدد فى طلباته.

على الرغم من أنه سيكون هناك بلا شك بعض الاعتبارات الفنية التى قد تغير من ممارسة مقابلات الدافعية (انظر الفصل الثامن عشر من هذا المجلد)، تظل المبادئ الأساسية كما هى: استثارة مخاوف العميل وتمعن التناقض الوجدانى والسماح للعميل بوضع خطة للتغيير تناسبه على أفضل وجه. وعلى هذا، قد تعزز الروح الإنسانية المحترمة التى تميز مقابلات الدافعية المناخ فى مواقف العدالة الجنائية.

ومع ذلك، لا يمكن إتمام تدريب العاملين فى مجال العدالة الجنائية على مقابلات الدافعية بتراخٍ أو فى ظل موارد شحيحة، وكذلك لن يحدث هذا التحول الثقافى بين عشية وضحاها. كما هو الحال فى التدخلات الناجحة الأخرى، سوف تحتاج مقابلات الدافعية إلى دعم وممارسة منظمة، على جميع المستويات الإدارية العليا. وفى الواقع، سيتطلب تبنى مقابلات الدافعية على نطاق واسع فى مواقف العدالة الجنائية، فى العديد من الحالات، تحولاً كبيراً فى منظور المؤسسة من اعتناق الفلسفة الضابطة القهرية إلى اعتناق الفلسفة التى تقوم على معاملة المجرمين بمزيد من الاحترام.

نظرية التحديد الذاتى[1] وثقافة العدالة الجنائية

توفر نظرية التحديد الذاتى (SDT; Ryan & Deci, 2000) وسيلة مفيدة لوضع تصور لمشكلات الدافعية المتأصلة فى ثقافة العدالة الجنائية النمطية التى تؤكد على الضبط القسرى والسلطوية؛ حيث تفترض هذه النظرية أن الدافعية الإنسانية تقع على طول متصل يوجد فى أحد طرفيه نقص واضح فى الدافعية للمشاركة فى سلوك جديد،

---

١ Self -determination

من خلال "الدافعية الخارجية"، بينما يليها نقطة يمكن أن يحدث عبرها تغيير السلوك استجابة لظروف بيئية معينة، وفى الطرف الآخر "الدافعية المستقلة (أو "الداخلية")، حيث يحدث تغيير السلوك استجابة لأسباب ورغبات تتعلق بالفرد ذاته. وقد أظهرت البحوث التى تناولت نظرية التحديد الذاتى بالدراسة أنه عندما يتغير السلوك بناءً على دوافع ذاتية يكون أكثر دوامًا من التغيير الذى ينشأ نتيجة دوافع خارجية أو غير ذاتية، حيث يكون بقاء هذه الأخيرة رهنًا ببقاء الظروف التى ولدتها وتزول بزوالها.

وفقًا لهذه النظرية، يمكن لعوامل التغيير أن تهيئ بيئات داعمة للدوافع الذاتية للتغيير من خلال إشباع ثلاثة احتياجات إنسانية أساسية:

(١) الحاجة إلى الاستقلالية الذاتية الشخصية أو معايشة الفرد للسلوك الذى يقرره بذاته وتحت سيطرته بدلا من ضبط قوى خارجية.

(٢) الحاجة إلى التعلق والارتباط أو الاعتقاد بأن الآخرين يقدرون ويحترمون أفكار المرء ومعتقداته ومشاعره كجزء من مجموعة داعمة راعية.

(٣) الحاجة إلى الكفاءة أو التوصل للاعتقاد بأن سلوك الفرد فعال لتحقيق النتائج المرجوة.

يتوازى هذا التحليل النظرى مع الروح الثلاثية للمقابلات الدافعية (أى الحكم الذاتى والتعاون والتحفيز) التى ناقشناها فى الفصل الرابع (من هذا المجلد)؛ حيث يركز على إطار عمل يمكننا من خلاله فهم كيفية حدوث التغيير. علاوة على ذلك، يزود هذا التحليل الإكلينيكيين بمبادئ توجيهية لاستراتيجيات محددة يمكنها توفير سياق يمكن للدافعية أن تصبح من خلاله أكثر ذاتية ويصبح السلوك الجديد بموجبه أكثر دوامًا. تندرج السلوكيات الأساسية التى يتعين على الإكلينيكيين استخدامها على الاحتياجات الثلاثة الإنسانية الأساسية السابق ذكرها. فيما يتعلق بالاستقلال الذاتى، يتم تأكيد المسئولية الشخصية – حيث يكون العميل حرًا دائمًا فى اختيار كيفية

الاستجابة للمطالب الداخلية والخارجية. أما فيما يتعلق بالحاجة إلى الارتباط والتعلق، فإنه يتم الوفاء بها من خلال سياق مبنى على المواجدة يدعم الاستقلال الذاتى ومن خلال إجراء محاولة حقيقية لرؤية وجهات نظر العميل ومعتقداته وسلوكه بصفتها صحيحة وذات معنى من منظوره. وأخيراً، يتم تحسين الكفاءة من خلال تعزيز المحاولات التى يبذلها العميل والالتزامات التى يقطعها على نفسه نحو التغيير الإيجابى.

بعض الجناة، وعلى وجه التحديد "الجناة" معتادى الإجرام مستعدون جيداً لمقاومة كل تهديدات نظم العدالة الجنائية لاحتياجاتهم للاستقلال والحكم الذاتى والارتباط والتعلق والكفاءة، ويظهرون مقاومة كبيرة ويصبحون أكثر عناداً ومقاومة للتغيير، وليس أقل. لكن يعترض ميلر (Miller, 1999b) على الرأى القائل بأن معظم الجناة سوف يستجيبون فقط للضبط القسرى، حيث شبه هذا الرأى برأى المرشدين الذين كانوا ينادون، حتى وقت قريب، باستخدام مناحى المواجهة مع متعاطى "الكحول"؛ فيعتقد كثير من الأفراد أن الجناة يشبهون مجموعة "غير محفزة" يصرون على أكاذيبهم وإنكارهم. وهكذا، يترتب على ذلك أن المرء سوف يحتاج للمواجهة والسيطرة، ولكن إلى أى حد؟ قد يستجيب المجرمون، مثل متعاطى الخمور الذين أسيئ فهمهم سابقا، للمقابلات الدافعية أفضل بكثير من استجاباتهم للمواجهة.

وقد يستطيع العاملون فى مجال العدالة الجنائية، من خلال فهم مبادئ هذه النظرية وتنفيذ الاستراتيجيات لتعزيز الاستقلالية والحكم الذاتى والارتباط والكفاءة، علاج بعض الأضرار التى لحقت بالدافعية لدى الجانى بسبب ثقافة العدالة الجنائية التى من المفترض أن تحدث التغيير. كما لاحظ ميلر (Miller, 1999b) أن مقابلات الدافعية قد تكون بديلاً مرحبًا به بدلاً من الممارسات الشرعية التى تقوم على أساس إكراه متعاطى الخمور على برامج علاج تقليدية تشبه نماذج علاج الأمراض على أساس الامتناع القسرى.

الدافعية وتقبل العلاج

تواجه مواقف العدالة الجنائية عديداً من التحديات بالنسبة لأولئك الذين يساعدون الجناة على تغيير السلوك، وهى تختلف تماماً عن التحديات التى قد يواجهها معظم المرشدين.

أولاً، غالباً ما يفرض العلاج على الجناة؛ حيث يرى بعض العملاء أمر المحكمة من أول وهلة كنوع من الإكراه والتعدى على حقوقهم، وبالتالى يرفضون بإصرار التفكير فى تغيير السلوك، وهذا ليس مستغربا بالنظر إلى ظاهرة رد الفعل (Brehm & Brehm, 1981; Miller & Rollnick, 1991) عندما يتم فرض فكرة التغيير أو العلاج على أحد غير راغب فيه، فليس من غير المألوف أن يتورط هذا العميل فى السلوك المشكل إلى مدى أبعد فى محاولة منه لتأكيد حريته ورغبته. يقفز آخرون ببساطة "فى الأطواق" من خلال المشاركة فى البرامج، ولكنهم لا يبذلون سوى القليل فى سبيل تغيير السلوك. على سبيل المثال، نرى فى كثير من الأحيان العملاء الذين يشاركون بالحد الأدنى من المناقشة الجماعية، ولكنهم يفشلون فى إكمال المهام.

ثانياً، هناك مفهوم منتشر على نطاق واسع عن العميل السجين – مفاده أن الجناة قد زج بهم بالفعل فى السجون، وبالتالى ليس هناك حاجة أو ضرورة توجب التعاون معهم. ومن الواضح أن هذا المنظور يهدد تطوير علاقة بين الجناة والعاملين فى مجال العدالة الجنائية، ونرى أنه يتجاهل أيضاً حقيقة أن معظم المسجونين سيتم إطلاق سراحهم فى المجتمع مرة أخرى. بالإضافة إلى ذلك، العميل ليس هو الجانى فى كثير من الحالات. فقد يتلقى الجانى التدخل، ولكن العميل يمكن أن يكون المحكمة أو الحكومة أو المجتمع بصفة عامة، أى أن هؤلاء هم الذين يرسلون الجناة للعلاج. ومن المهم التمييز بين العملاء وأصحاب المصلحة فى مواقف العدالة الجنائية، لأن ذلك قد يكون له تأثير على عمل الممارس. فمثلاً، قد تنشأ مسائل ومخاوف أخلاقية، مثل الأدوار المزدوجة.

ثالثًا، غالبًا ما تملى "الخطط الإصلاحية" الأهداف العلاجية وتعطى للجناة القليل من المدخلات؛ حيث تفرض هذه الملفات على الجانى استكمال البرامج، وبالتالى تقلل من حرية الاختيار والمسئولية، حتى إنها قد تحتوى على أوصاف تنطوى على تحقير للجانى (على سبيل المثال، تسميته بمتعاطى المخدرات أو المختل عقليا). فمثلاً، قد تأتى لهجة إحدى توصيات البرنامج على النحو التالى: "سيشارك السجين سميث فى برنامج علاجى لتعاطى المخدرات، لأنه مدمن للكحول وسوف يغير سلوكه الضار عن طريق تعلم الامتناع عن الشرب وممارسة الوقاية من الانتكاسة". ليس من الصعب، بعد قراءة عبارات من هذا القبيل، أن نرى لماذا يحجم المجرمون عن التفكير فى تغيير السلوك. بطبيعة الحال، إطلاق هذه الأسماء المحقرة للجناة ووصف العلاج بهذا الأسلوب ليس مقصورًا على مواقف العدالة الجنائية، ولكنه أصبح أكثر بروزًا فى المواقف الاستبدادية التى تفرق بين السجان والسجين.

رابعًا، هناك إغراء "بإصلاح" الجناة من خلال إصدار أمر "بما يجب" القيام به فى مثل هذه البيئة. نعتقد أنه يرجح أن تميل هذه القوة الديناميكية الى إبعاد الأفراد عن التعاون والنظر فى التغيير، ذلك لأنه يولد سلوك المقاومة من خلال فرض التغيير وما يجب القيام به. ويقترن هذا مع حقيقة أن العديد من المؤسسات الخارجية قد تؤثر ضمنًا على جلسات العلاج، مما يهدد بمعاقبة العملاء عندما لا يتبعون الخطط الإصلاحية أو عندما لا يحققون أهداف العلاج المفروضة.

علاوة على ذلك، قد يعزز الأقران سلوك الجانى المعادى للمجتمع، مما يؤدى إلى رفض البرنامج. وهكذا، تمارس كل من المحاكم والأوساط المؤسسية والأوساط الجنائية ضغوطًا على الجناة، مما قد يقلل من احتمال تفكيرهم فى تغيير سلوكهم الإجرامى. وعلى العكس من ذلك وبالاتساق مع نمط مقابلات الدافعية، نرى أن المقاومة بمثابة دعوة لمحاولة منحى مختلف والعمل ضمن جدول أعمال الجانى، وليس جدول أعمال الدولة أو المؤسسات المناظرة لها.

وأخيراً، تميز العوامل الداخلية أيضًا العملاء المسجونين عن غيرهم، فعلى سبيل المثال، ينفى المجرمون نفيًا قاطعًا ارتكاب الجريمة، فقد وجد سيفارابى Sefarbi (١٩٩٠) أن ٥٠٪ من مرتكبى الجرائم الجنسية ينفون ارتكابهم للجريمة، ووجد باربرى (Barbaree, 1991) الرفض القاطع فى ٥٤٪ من جرائم الاغتصاب، و٦٦٪ من جرائم الاعتداء على الأطفال. قد تكون خيارات علاج هذه الأنواع من الأفراد محدودة (Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez, & Mann, 2001)، ولكن يرى مان Mann ورولنيك Rollnick (١٩٩٦) أن مقابلات الدافعية قد تكون بمثابة استراتيجية مفيدة فى إشراك العملاء فى بعض من هذه الحالات. وفى الحقيقة، يرحب عديد من الجناة بمقابلات الدافعية، لأنها تحترم وجهة نظرهم ولا تفرض التغيير بالقوة والقسر. لقد تعلمنا من تجاربنا أن الإلحاح على العميل لتغيير وجهة نظره لا يقدم سوى القليل من التشجيع لتغيير السلوك، فى حين أن احترام العميل يتيح دائمًا فرصة للتحرك نحو التغيير.

الدافعية وتقدم العلاج

إن فهم دور الدافعية فى عملية تغيير السلوك بين هذا النوع من العملاء قضية إكلينيكية حيوية، وقد تترتب عليها آثار اجتماعية كبيرة؛ فعلى غرار نتائج الدراسات التى أجريت على أشخاص يدمنون الكحول (على سبيل المثال، Ryan, Plant, & O'Malley, 1995)، وجد ستيوارت Stewart ومونتابليزر Montplaisir (١٩٩٩) أن "عدم كفاية الدافعية" كان فى معظم الأحيان السبب وراء تسرب الجناة من بعض البرامج. ويحرص الممارسون الشرعيون على خفض معدلات التسرب من برنامج العلاج، لأن الأدلة تشير إلى أن عدم استكمال العلاج يزيد من مخاطر الانتكاسة (على سبيل المثال، Hanson & Bussière, 1998). ووجد ستيوارت وميلسون Millson، مثلاً، أن زيادة الدافعية لتلبية احتياجات العلاج تؤدى إلى خفض فى معدلات التسرب. تؤكد هذه النتائج الاستنتاج الذى يفيد بأن الدافع للعلاج يمكن أن يؤثر على التسرب من العلاج.

يعتبر مدى الاستجابة العلاجية أحد مبادئ إعادة التأهيل الإصلاحى الفعال الذى تمت مناقشته فى سياق الدافعية (Andrews, Bonta, et al., 1990)؛ حيث تشير "الاستجابة" إلى تقديم العلاج باستخدام مناخ ووسائل تتناسب مع خصائص العميل وصفاته مثل القدرة الفكرية ونمط المعرفة. وما يدعو للأسف أنه يتم فى بعض الأحيان تكوين تصور للدافعية كسمة ثابتة فى العميل بدلاً من كونها استجابة لأسلوب المعالج، ويزداد تعقد هذا الاعتقاد الخاطئ بالتوقع الشائع على نطاق واسع بأنه "من المفترض" أن يقوم العاملون فى مجال العدالة الجنائية بتحفيز الجناة. (يستحضر هذا بالنسبة لنا صورة لزعيم مشجع أو "زعيم روحى ذى قوة شخصية" يقوم بتنشيط العميل وتحفيزه لإحراز إنجازات عظيمة). ولكن فى أحسن الأحوال، يمكن أن يعمل موظفو العدالة الجنائية مع الجناة لخلق مواقف تزيد فيها فرص واحتمالات سبر أغوار النفس واعتزام التغيير والحديث عنه.

ونحن نعتقد أن الأفضل فى هذه العملية أن يتم استخراج الدافع إلى التغيير من العملاء بدلا من فرضه عليهم.

قدم ماركيز Marques ونيلسون Nelson وألاركون Alarcon وداى Day (٢٠٠٠) مثالاً لتأثير دوافع الجانى على الانتكاسة ومعاودة ارتكاب الجريمة، حيث درسوا كفاءة SOTEP (وهو برنامج لمرضى العيادة الداخلية من مرتكبى الجرائم الجنسية يعتمد إلى حد كبير على نموذج الوقاية من الانتكاسة) لتحديد سبب عدم نجاح البرنامج مع بعض الأفراد، وأشارت مراجعات الحالة إلى أن الجناة الذين لم ينجح معهم البرنامج كانوا يبدون مستوى عاليًا من الدافعية لتجنب تكرار القبض عليهم والسجن، ولكن معظم دافعيتهم كانت قائمة على الخوف. "كان بعض الجناة لا يزالون فى المراحل الأولى من التغيير حتى بعد تلقى قدر كبير من العلاج" .(Marques et al., 2000, p.326). وفى الحقيقة، كانوا يفتقرون إلى وجود التزام داخلى قوى للامتناع عن الاعتداء الجنسى، وعلى الرغم من أن المشاركين أنهوا البرنامج ولديهم بعض مهارات واستراتيجيات تفادى العودة إلى الجريمة، فإنهم كانوا يفتقرون إلى الدافعية لتطبيق هذه الاستراتيجيات فى الواقع.

قدمت مان (Mann, 2000) بعض الفروض لأسباب فشل جهود منع الانتكاسة فى التأثير على دوافع لدى مرتكبى الجرائم الجنسية، وأشارت إلى أن الشروط اللازمة لمنع الانتكاسة تفترض أن يكون الدافع موجوداً بالفعل، أى أنه يجب أن يرغب العميل فى تجنب الانتكاسة قبل أن يطبق أيًا من المهارات التى اكتسبها. وهكذا، بدون التركيز على الدافعية كهدف للعلاج، يمكن أن يستكمل حوالى ٥٠٪ من مرتكبى الجرائم الجنسية برنامجًا طويلاً للوقاية من الانتكاسة دون أى زيادة واضحة فى الدافع لتغيير سلوكهم. الرسالة واضحة ومفادها أنه يجب أن تكون الدافعية عنصراً حاسماً ومهماً فى برامج علاج الجناة.

استخدام مقابلات الدافعية مع الجناة

قد بدأت البحوث على مدى العقد الماضى، لا سيما النتائج الثانوية لمشروع ماتش MATCH (Project MATCH Research Group, 1997b)، فى الإشارة إلى أن المنحى الاستبدادى لتعزيز تغيير السلوك أقل فعالية من تلك المناحى التى تستهدف الدافعية الداخلية؛ يشير أحد المتغيرات القليلة التى بزغت من مشروع MATCH إلى أن علاج تعزيز الدافعية يناسب تماماً العملاء الذين يكونون غاضبين فى البداية، وذلك مقارنة بغيره من التدخلات التى استخدمت فى الدراسة (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995).

ويعتبر مشروع ماتش MATCH مثالاً لدراسة واسعة شملت بعض الجناة فى عينتها، غير أنه لم يتم إجراء تحليلات منفصلة لمجموعة الجناة، فقد تدعم النتائج الخاصة بهذه المجموعة الفرعية محاولتنا لإثبات أنه يبدو من المعقول أن لمقابلات الدافعية تطبيقات مع الجناة فى مواقف الطب الشرعى، هذا وقد أيد ميلر Miller (١٩٩١) استخدامها فى هذه المواقف، لأنها مختصرة وغير مكلفة مقارنةً بغيرها من التدخلات، كما أنها أثبتت فوائد كبيرة فى علاج إدمان الكحول وسلوكيات الإدمان الأخرى، بالإضافة إلى أنه يمكن تعليم أسسها ومبادئها لمجموعة متنوعة من المهنيين (Rollnick & Bell, 1991، انظر الفصل الثامن عشر).

لقد تم استخدام مقابلات الدافعية مع الجناة فى محاولات إكلينيكية، ولكن تاريخها وجيز، ويضم الكثير من الأدبيات توصيات وليس تقارير تجريبية. فمثلاً، اقترح ماكموران McMurran وهولين Hollin (١٩٩٣) استخدام مقابلات الدافعية مع متعاطى الكحول من الجناة الشباب، وأوصى أنيس Annis وشان Chan بشكل غير مباشر باستخدام مقابلات الدافعية من خلال تشكيكهما فى قيمة العلاج الجماعى المكثف القائم على المواجهة للمجرمين الذين يعانون أيضًا من مشكلات الكحول والمخدرات الأخرى. كما توصل مورفى وباكستر (Murphy and Baxter, 1997) إلى نتيجة مماثلة فى مناقشتهما لتدخلات معينة لعلاج مرتكبى جرائم العنف الأسرى التى تركز على مواجهة دفاعات العميل. كذلك أوصى ووكر دانيالز ومورفى (Walker and Murphy,1997) فى مناقشتهما لبرامج علاج المعتدين باستخدام استراتيجيات مقابلات الدافعية. باختصار، يعتبر بعض الأفراد مقابلات الدافعية كعلاج عملى بديل لاستراتيجيات المواجهة فى مواقف العدالة الجنائية.

وفيما يتعلق بالبرامج المنشورة، وضع جريفز Graves وروتجرز Rotgers فى إطار التطبيق الأكثر شمولاً حسب علمنا، برنامجًا لمجموعة من الجناة متعاطى المخدرات يعرف باسم "علاج التعزيز الدافعى" (Jamieson, Beals, Lalonde, & Associates, 2000). وقد تم تصميم هذا التدخل تمهيداً لوضع برنامج علاج معرفى سلوكى فى المواقف التى تكون المعلومات التفصيلية اللازمة للتغذية المرتدة الفردية غير متاحة أو غير مكتملة، والتى تحد فيها القيود الخاصة بتوافر الموظفين من استخدام جلسات العلاج الفردى. تشمل تدريبات المجموعة "المخدرات على المحك" وهى تجربة صورية تتناول إيجابيات وسلبيات تعاطى المخدرات، و"الصراع الداخلى" الذى يلعب فيه المشاركون دور "الشيطان" و"الملاك"، ويحاولون التأثير على المشارك الذى يحاول الحفاظ على التغييرات فى سلوك تعاطى المخدرات. فى علاج "التعزيز الدافعى" يتمثل دور المدرب فى تعزيز الاستقلالية والحكم الذاتى والارتباط والتعلق والكفاءة فى إطار المجموعة، حيث يمكن مناقشة تعاطى المخدرات وعواقبه، ويستطيع المذنبون استكشاف ما إذا كانوا يرغبون فى تغيير تعاطيهم للمخدرات.

استخدام مقابلات الدافعية مع مرتكبى الجرائم الجنسية

أكثر فئات المخالفين فى المجال الشرعى الذين غالبًا ما يوصى لهم بمقابلات الدافعية هم مرتكبو الجرائم الجنسية، وهؤلاء العملاء يشاطرون متعاطى المخدرات فى عدد من الخصائص - ليس أقلها النسبة المرتفعة للانتكاسة والعودة إلى السلوك المشكلة. مهد جورج George ومارلت Marlatt (١٩٨٩) الطريق لاستخدام مقابلات الدافعية مع مرتكبى الجرائم الجنسية من خلال مقارنة الاعتداء الجنسى بسلوكيات الإدمان، وتم أيضًا الاستعانة بنجاح بالمناحى الأخرى لعلاج الإدمان (على سبيل المثال الوقاية من الانتكاسة) فى مجال علاج الجرائم الجنسية (Laws, 1989)، وقد يمكن تطبيق مقابلات الدافعية على قدم المساواة. كما رأى جارلاند Garland ودوفر Dougher (١٩٩١) **أولاً**، أن التدخلات الدافعية يمكن أن تحتل دورًا حاسمًا فى علاج مرتكبى الجرائم الجنسية، وأيده فى ذلك آخرون (على سبيل المثال Kear-Colwell & Pollock, 1997) على الرغم من محدودية الدراسات التجريبية.

هناك سببان وراء الاعتقاد بأن مقابلات الدافعية قد تسهم إسهاما كبيرًا فى مجال علاج مرتكبى الجرائم الجنسية. أولاً، تعد مقابلات الدافعية منحى إنسانيًا محترمًا للعمل مع العملاء، وهى مسألة تبدو بالغة الأهمية بالنسبة لمرتكبى الجرائم الجنسية بصفة خاصة (Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999) فعادة ما يكون مرتكبو الجرائم الجنسية الفئات الأكثر احتقارا بين الجناة، فهم يواجهون إدانة من الأفراد ومن عديد من العاملين فى مجال العدالة الجنائية ومن الجناة الآخرين، وهم يعرفون أنهم مذمومون ويأتى رد فعلهم على ذلك عن طريق التحيز لمصالحهم الذاتية (Bradley, 1978) مثل الإنكار، والتقليل من جرائمهم، ورؤية أنفسهم كضحايا، ومقاومة الثقة فى الآخرين والإحجام عن التعاون معهم. وهكذا، يحتاج التدخل الناجح مع مرتكبى الجرائم الجنسية توصيل رسالة بشكل واضح للعميل بأنه محترم على الرغم من سلوكياته الضارة. هذه هى الطريقة الوحيدة التى تمكن مرتكب الجريمة الجنسية من استعادة الثقة بالنفس واحترام الذات اللازمين للتفكير فى تغيير السلوك (انظر على سبيل المثال Marshall et al., 1999).

ثانياً، غالباً ما يأتى مرتكبو الجرائم الجنسية إلى العلاج بنفس مشكلات الدافعية، كما يفعل متعاطو المخدرات، فهم يشعرون بالغضب من دخولهم إلى العلاج قهراً ويخافون مما قد يحدث ويحجمون عن دراسة سلوكهم الإدمانى والمشاعر التى تحيط بهم وغير مستعدين للتنازل عن شعورهم الوحيد بالسيطرة فى بيئة تحيطهم بالأوامر والأحكام ويجدون صعوبة فى تقبل المسئولية عن سلوكهم (Mann, 1996).

وبعبارة أخرى، داخل مرتكبى الجرائم الجنسية تناقض وجدانى حول المشاركة فى العلاج وتغيير السلوك. وقد أورد مان Mann ورولنيك Rollnick (١٩٩٦) تقريراً عن دراسة حالة من هذا النوع، حيث لم يصدق العميل أنه ارتكب جريمة على الرغم من الاعتراف بممارسة الجنس مع المجنى عليها. علاوة على ذلك، أعرب عن اعتقاده بأن العلاج من مشكلة الاعتداءات الجنسية ليس له صلة بالموضوع. وتم استخدام مقابلات الدافعية لإعادة تقييم تورطه فى الجريمة، بما فى ذلك سؤاله عما إذا كان يعتقد أنه يمكن أن يستفيد من العلاج. اشتمل التدخل أيضاً على مردود عن تقييمه والابتعاد عن الوصم بالتسمية والتشخيص والتأكيد على الاختيار الشخصى والضبط فى اتخاذ قرار المشاركة فى العلاج. وكشفت المتابعة عن مشاركة العميل فى العلاج وتحقيق أهداف العلاج.

وقد أشار تقييم ما بعد العلاج إلى انخفاض فى مرحلة "ما قبل اعتزام التغيير" والزيادة فى مرحلتى "اعتزام التغيير" و"العمل على التغيير". وقد لوحظت بعض أوجه الشبه بين الاعتداء الجنسى والسلوكيات الإدمانية الأخرى، أهمها تعرض مرتكب الجريمة للوم ووصمة التسمية والتشخيص والحاجة إلى تجنب استخدام منحى قائم على المواجهة. وفى الواقع، تم توثيق العديد من دراسات الحالة المشابهة فى دليل نشرته المنظمة القومية لعلاج مدمنى المخدرات التى تتخذ مقراً لها فى المملكة المتحدة (Mann, 1996)، حيث يستجيب مرتكبو الجرائم الجنسية جيداً لمنحى مقابلات الدافعية، ويشير هذا الدليل أيضاً، بناءً على دراسات الحالة هذه، إلى الاستراتيجيات الأولية لإدراج مقابلات الدافعية فى التقييم والعلاج. كذلك وصف فارال (Farrall, 2001) أحد تطبيقات مقابلات الدافعية مع هذه الفئة من المخالفين.

حددت مان (Mann, 1996) مجموعة من المواقف التى قد تكون فيها مقابلات الدافعية ذات صلة بالعمل مع مرتكبى الجرائم الجنسية:

١- مع مرتكبى الجرائم الجنسية فى مرحلة ما قبل اعتزام التغيير. يمكن تكليف هؤلاء المخالفين بالعلاج، ولكنهم قد يكونون غير راغبين فى الدخول فى العلاج أو ينكرون تمامًا ارتكاب جرائمهم. واستخدام مقابلات الدافعية لخلق بيئة آمنة للاستكشاف قد يعزز من اعتزام التغيير لدى هؤلاء الجناة.

٢- بالإضافة إلى المردود الذى يوفره التقييم؛ حيث توجد أدوات متطورة ومعقدة لتقييم مرتكبى الجرائم الجنسية، مثل قياس حجم العضو الذكرى الذى يعكس حجم الدم المتدفق فيه (انظر على سبيل المثال، Konopasky & Konopasky, 2000) وإجراءات منظمة لتقييم المخاطر (انظر على سبيل المثال، Thornton، تحت الطبع). توفر هذه الأدوات معلومات قيمة حول المخاطر واحتياجات العلاج، لكنها لا تتضمن عادة خطط العميل، فهى بدلا من ذلك، كثيراً ما تستخدم كأدوات لتسمية المجرم وتشخيصه وتوفير قدر من الحماية للعامة. ويمكننا القول بأنه يمكن لمقابلات الدافعية إشراك مرتكبى الجرائم الجنسية بشكل تعاونى فى إجراءات تقييم المخاطر (انظر على سبيل المثال، Mann, Ginsburg, & Weekes, 2002; Mann & Shingler, 2001) حتى يتم خدمة اهتمامات الجناة وحماية الجمهور فى نفس الوقت.

٣- مع مرتكبى الجرائم الجنسية المتسربين من العلاج أو أولئك المعرضين لخطر التسرب. قدمت مان (Mann, 1996) وصفاً لإحدى الحالات التى ازدادت فيها مقاومة مرتكب الجريمة الجنسية أكثر فأكثر بسبب ما يشعر به من وصمة عار لكونه ضمن برنامج لمرتكبى هذه الجرائم. وقد تم استخدام عناصر مقابلات الدافعية مثل الحوار المتعاطف والتركيز على الاختيار الشخصى لمساعدة العميل على علاج التناقض داخله ومتابعة العلاج.

٤- مع مرتكبى الجرائم الجنسية الذين يرغبون فى التغيير. نظرًا للطبيعة المرنة للدوافع، حتى الجناة الذين يزعجهم سلوكهم ويريدون التغيير يمكنهم الاستفادة من مقابلات الدافعية، ويمكن دمج إعادة فحص التناقض وغيره من استراتيجيات تعزيز الدافع فى برامج العلاج (انظر على سبيل المثال، Dempsey, 1996).

استخدام مقابلات الدافعية مع جناة لديهم مشكلات تعاطى

طالما ارتبط تعاطى المخدرات بالسلوك الإجرامى. يرجع هذا بوضوح شديد لكون استخدام مخدرات كالهيروين والكوكايين مجرمًا بحكم التعريف بسبب الطبيعة غير المشروعة لا القانونية لهذه المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، ينغمس بعض المتعاطين فى سرقات وأفعال إجرامية أخرى لكى يدبروا لأنفسهم ما يحتاجونه من هذه المواد. وتشير الدراسات المتاحة إلى أن محاولة خفض التعاطى بين هؤلاء الجناة لا توفر إلا دليلاً متواضعًا على كفاءة مقابلة الدافعية فى هذا الشأن.

فمن ناحية أخرى، أظهرت بعض الدراسات غياب تأثير مقابلات الدافعية مقارنة بالمجموعات الضابطة المقارنة (التى لم تتلق أيًا من هذه المقابلات)؛ حيث فحص أرمود (Armode, 1997) تأثير علاج "التعزيز الدافعى" (National Institute on Alcohol Abuse and Alco- holism, 1995) على الدافع لتغيير الإفراط فى شرب الخمور على عينة من متعاطى الكحول من المسجونين تم اختيارهم عشوائيًا. وركزت جلسات المجموعة على حل التناقضات بين السلوك فى الماضى والأهداف المستقبلية واستثارة حديث التغيير. ولم تظهر المتابعة أى تأثير تفاضلى على الدافع بين مجموعتى التدخل والمجموعة الضابطة التى لم تتلق أى علاج، كذلك لم يعثر فيرجوسون (Ferguson, 1998) على أى نتائج بعد استخدام مقابلات الدافعية فى دراسة تمت على عينة عشوائية ممن تم القبض عليهم بسبب قيادة السيارة تحت تأثير مخدر، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تتلقى مقابلات الدافعية كعلاج ومجموعة ضابطة تخضع لنفس الرعاية ولنفس المدة، ولكن دون تلقى مقابلات دافعية. ولم تظهر المتابعة أى فروق ذات دلالة إحصائية

بين مجموعتى العلاج والمجموعة الضابطة من حيث تناول الكحول. واستهدف إيستون Easton وسوان Swan وسينها Sinha (٢٠٠٠) دراسة الدافعية لتغيير سلوك تعاطى المخدرات بين مرتكبى العنف الأسرى، ولم يتم الإشارة إلى الإحالة العشوائية إلا فيما يتعلق بمجموعة العلاج التى شارك فيها أفراد العينة فى علاج "التعزيز الدافعى" (National Institute on Alcohol Abuse and Alco- holism, 1995). وتشير بيانات ما بعد العلاج إلى أن المشاركين فى مجموعتى التدخل والضابطة أبديا زيادة فى اتخاذ خطوات لتغيير سلوك تعاطى المخدرات. أخيراً، لم يلحظ كينيرلى Kennerley (٢٠٠٠) أيضًا الآثار المتوقعة من استخدام مقابلات الدافعية مع الجناة عندما استخدم تدخلا دافعيًا باعتباره تمهيداً مبدئيًا لعلاج مرتكبى العنف الأسرى الذين تم اختيارهم عشوائيًا، حيث لم يتم العثور على فروق دالة بين مجموعتى التدخل والضابطة من حيث المشاركة والانتظام فى العلاج واحتمال التخرج منه.

من ناحية أخرى أظهرت بعض الدراسات آثاراً بسيطة لمقابلة الدافعية بالمقارنة بالمجموعات الضابطة. فقد استخدم جينسبرج (Ginsburg, 2000) مقابلات الدافعية فى مركز لاستقبال وتقييم المسجونين الجناة الذين تم الحكم بإدانتهم مؤخراً، وكان الهدف هو تعزيز الاستعداد وتقبل العلاج (مرحلة التغيير) لدى عينة تم اختيارها عشوائيًا من بين الجناة الذين يعانون من أعراض إدمان الكحول. اشتمل التدخل على استخدام المردود الخاص بتقييم موضوعى مع تدريب على التوازن فى اتخاذ القرارات. مقارنة بالمجموعة الضابطة التى لم تتلق أيًا من مقابلات الدافعية، أظهر الجناة المشاركون فى مقابلات الدافعية زيادة فى التعرف على المشكلة، وأبدى من يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير زيادة فى درجة الاعتزام الخاص بسلوك تعاطى الكحول. يبدو أن مركز التقييم يمثل سياقا واعدا لاستخدام مقابلات الدافعية، لأن الجناة يتوجهون إليه فور صدور الحكم وبداية العقوبة. وقد يساهم التدخل المبكر فى إعدادهم للعلاج، بينما يتمثل البديل فى الامتناع عن التدخل وتفويت فرصة محتملة مهمة فى الوقت الذى ينتظر فيه الجناة أن يتم إيداعهم فى منشأة لقضاء مدة العقوبة. ذكر هاربر وهاردى (Harper & Hardy,2000) أن ضباطًا مراقبين مشرفين على متعاطى المخدرات استخدموا

مقابلات الدافعية، وكشفوا عن آثار إيجابية متواضعة على توجهات المخالفين نحو جرائمهم، على الرغم من عدم ذكر الإحالة العشوائية كما أبدت المجموعة الضابطة أيضاً بعض التحسن فى توجهاتهم.

قد يشير غياب التأثير الجلى فى السلسلة الأولى من الدراسات إلى أن مقابلات الدافعية وعلاج التعزيز الدافعى قد لا يشكلان فعالية مع الجناة من متعاطى المخدرات. ومع ذلك، ربما لم يتم إجراء التدخلات على النحو المنشود. وتعد المصداقية فى العلاج من أهم الاعتبارات لما لها من تأثير مباشر على نتائج العلاج (انظر الفصل السادس عشر من هذا المجلد). فغالباً ما يكون من الصعب تحديد مهارة وخبرة الممارسين وسلامة تدخلاتهم من خلال وصف فى مجلة علمية. علاوة على ذلك، إنه من قبيل الإيمان منقوص الدليل افتراض أن الممارسين أكفاء، وأنه قد تم إجراء التدخلات كما يجب. وبالمثل، قد تؤدى مسائل منهجية أخرى، مثل غياب التكنيكات الإحصائية المناسبة إلى التقليل من احتمال الحصول على نتائج مهمة. ومن الواضح أن البحث فى هذا المجال مازال فى مرحلة مبكرة نسبياً من التطوير، كما فى حالة الكثير من دراسات مقابلات الدافعية فى مجالات أخرى (انظر الفصل السادس عشر من هذا المجلد).

استخدام مقابلات الدافعية بوصفها علاجا مساعدا

أشرنا فى موضع سابق من هذا الفصل إلى أن كثيراً من الجناة يقاومون المشاركة فى برامج العلاج، أحياناً بسبب نقص الدوافع الذاتية وأحياناً نتيجة لعوامل سلبية خارجية؛ ومع ذلك فقد ذكر ساوندر Saunders وولكنسون Wilkinson وفليبس Phillips (١٩٩٥) إحدى الوسائل الواعدة، حيث أشاروا إلى أن استخدام مقابلات الدافعية بالتزامن مع العلاجات الأخرى يمكن أن يعزز من قوة التدخل، فعلى سبيل المثال، تتميز مقابلات الدافعية بسهولة دمجها مع البرامج الحالية مثل البرامج المعرفية السلوكية للوقاية من الانتكاسة لتشكيل إطار أوسع للعلاج (Miller, & Boroughs, 1993; Miller & Rollnick, 1991; Rollnick & Morgan, 1995). ويرى بين Bien وزملاؤه (١٩٩٣) أن التدخلات

القصيرة تتسم بالتركيز على زيادة الوعى بالمشكلة وتقديم الإرشاد بالتغيير بطريقة تكمل التدخلات السلوكية المعرفية الأكبر. وقد يتمثل التطور الطبيعى فى بدء العلاج بتدخل قصير مثل مقابلة دافعية يتبعها تدريب على المهارات المعرفية السلوكية. وفى الواقع، قدم باير Baer وكيفلهان Kivlahan ودونوفان Donovan (1999) هذا المنحى؛ حيث يتكامل التدريب على المهارات مع مقابلات الدافعية. أورد الفصل الثامن عشر بعض المهارات الضرورية المعنية.

بطبيعة الحال، سيتطلب الجمع بين أسلوب مقابلات الدافعية مع المناحى الأخرى تعليم الموظفين الذين يقومون بإجراء البرنامج كيفية "الدوران حول المقاومة" على سبيل المثال. وعلى الرغم من صعوبة ذلك بالنسبة للكثيرين، تتسق هذه التوصيات مع التفكير الحالى بشأن نمط علاج مرتكبى الجرائم (على سبيل المثال، Marshall et al., 1999). ويعتقد أن تبنى مقابلات الدافعية سيؤدى إلى التقليل من المقاومة إلى الحد الأدنى وخفض معدلات التسرب من العلاج.

العيوب المحتملة لاستخدام مقابلات الدافعية مع مرتكبى الجرائم الجنائية

مقابلات الدافعية عبارة عن منحى ذى طبيعة توجيهية، ولكنه فى نفس الوقت لا يزال متمركزًا حول العميل. وقد يكون استخدامها مع الجناة مثيرًا للاهتمام فى ضوء النتائج التى ناقشها جندرو Gendreau (١٩٩٦)، حيث أشار إلى أن العلاجات غير التوجيهية، والتى تتمحور حول العميل عمومًا غير فعالة فى الحد من النكوص ومعاودة الجريمة، ولكن ليس من الواضح ما إذا كانت مقابلات الدافعية تندرج تحت هذه الفئة. فالبرامج القائمة على المهارات المعرفية السلوكية مقبولة بصفة عامة بصفتها "مناسبة" للاستخدام فى مواقف العدالة الجنائية (Gendreau, 1996; Ross & Lightfoot, 1985)، ويجدر التذكير بأنه على الرغم من أن مقابلات الدافعية تتمحور حول العميل، هى أيضًا ذات طبيعة توجيهية فى استخدامها للإنصات المتمعن لتعزيز عبارات معينة للعملاء على أساس انتقائى مثل العبارات المعبرة عن الاهتمام والقلق والحديث عن التغيير.

علاوة على ذلك، لا يستلزم أن يكون استخدام مقابلات الدافعية مع الجناة موجهًا إلى الحد من العودة للجريمة، على الرغم من أن هذه النتيجة ستكون موضع ترحيب، حيث تضم الاستخدامات الأخرى للمقابلات الدافعية مساعدة الجناة فى اعتزام التغيير والالتزام به والمشاركة فى العلاج والبقاء فيه (انظر الفصل العشرين من هذا المجلد). وقد يساهم تحقق أى من هذه الأهداف فى نهاية المطاف فى الحد من الانتكاسة.

هناك نقطة أخرى مثيره للاهتمام حول استخدام مقابلات الدافعية مع الجناة تتمثل فى الاعتبار الأخلاقى (Miller, 1994; Rollnick & Morgan, 1995): تحت أى الاعتبارات والظروف لا ينبغى استخدامها؟ على سبيل المثال، هل من المتقبل استخدامها مع الأفراد الذين لا يفكرون فى التغيير إذا كنا نرى أن ذلك فى مصلحتهم؟ إذا كان دافعنا الحد من مخاطر إعادة الاعتداء، وبالتالى المساهمة فى حماية المجتمع، فهل هذا متقبل؟ يقدم الفصل الثانى عشر من هذا المجلد مناقشة أكثر تفصيلاً لهذه المسائل، بما فى ذلك قضية الإفراج المشروط ومراقبة السلوك للموظفين الذين يجب عليهم الحرص بشكل خاص على استخدام مقابلات الدافعية بسبب السلطة المخولة لهم والكامنة فى علاقاتهم مع الجناة.

من أساسيات الممارسة الأخلاقية لمقابلات الدافعية التأكد من أن أولئك الذين يستخدمونها مدربون تدريبًا جيداً على ذلك. فكما يشير الفصلان الثالث عشر والرابع عشر، يتطلب هذا التفكير صبراً وتمرسًا. وقد يمثل تعقد مقابلات الدافعية النسبى أحد عيوبها، وهو الأمر الذى يمكن أن يؤخذ فى الاعتبار عند تدريب الممارسين على أساليب أخرى تتصل اتصالا وثيقًا بمقابلات الدافعية (مثل تقديم الإرشاد لتغيير السلوك) (انظر الفصل الثامن عشر).

خــلاصـة

نظراً لأن مجال العدالة الجنائية لا يزال يتطور، تبحث المؤسسات عن سبل مبتكرة وفعالة للحد من الانتكاسة والعودة للجريمة من خلال مساعدة الجناة على تغيير سلوكهم الإجرامي؛ حيث تبحث السلطات القضائية عن بدائل لعقوبة السجن مثل محاكم المخدرات والعدالة التصالحية وتسوية المنازعات، وذلك بسبب زيادة عدد نزلاء السجون وارتفاع تكاليف الإقامة بالسجن وفشل السجن كرادع للسلوك الإجرامي. ولكن، في الوقت نفسه، عندما يتعين استخدام السجن، بدأ عدد متزايد من الولايات القضائية الإصلاحية في إعادة النظر بدقة في سلطاتها وولايتها ورسالتها والمناحي التي تستخدمها لإحداث تغيير في السلوك، ويظل دافع الجاني يمثل أولوية في نظام العدالة الجنائية؛ نظراً لتصارع الدوافع والحوافز والعقوبات التي تواجه هؤلاء الجناة.

مقابلات الدافعية هي منحى ذو صلة نظرياً بهذه العملية، وقد أثبت بعض الكفاءة في التغيير السلوكي لدى هذه الفئة من الأفراد، وهناك حاجة كبيرة في هذه المرحلة لمزيد من بحث وتنفيذ وتقييم المنحى في مواقف العدالة الجنائية. بحثنا في هذا الفصل بعض المسائل الدافعية المؤثرة على مشاركة الجناة في العلاج وإتمامهم له، وبوجه أعم كنا معنيين بالمسائل التي تؤثر على الدافع لتغيير السلوك الإجرامي. على الرغم من ملاحظة ضعف الدوافع الذاتية في كثير من الأحيان لدى عملاء المجال الشرعي، تجاهلنا المشكلات الناجمة عن الضغوط الخارجية مثل العلاج الإجباري وموافقة الزملاء المعارضين للعلاج والثقافات السائدة في العدالة الجنائية التي لا تؤمن بجدوى إعادة التأهيل. ولعل أكبر مساهمة لمقابلات الدافعية في مجال العدالة الجنائية هو تركيزها على بناء علاقات داعمة. هذه هي المكونات الأساسية لنجاح أي محاولات ترمي إلى تعزيز تغيير السلوك بدوافع داخلية.

تبشر مقابلات الدافعية بالخير لتعزيز تحفيز الجناة على تغيير السلوك الإجرامي، وعندما يستخدمها الممارسون الذين لديهم معرفة بنظرية حق تقرير المصير أو التحديد الذاتي، يسلط هذا المنحى الضوء على سلوك المعالج والظروف البيئية التي يمكن أن

تسمح بازدهار الدافع وتبنى التغيير. ويمكن استخدام مقابلات الدافعية مع الجناة والمجرمين المسجونين تحت إشراف المجتمع. وتقدم وحدات الحجز المؤقت بيئة واعدة لاستخدام هذا المنحى مع الجناة الذين انتهكوا شروط الإفراج عنهم. كما قد يساعد الاستخدام الناجح لمقابلات الدافعية من قبل ضباط الإفراج المشروط ومراقبة السلوك وموظفى السجون وغيرهم من العاملين فى مجال العدالة الجنائية على إعادة دمج الجناة بسرعة وبنجاح أكبر فى مجتمعاتنا.

لا تعد "روح" مقابلات الدافعية فى تشجيع اختيار تغيير السلوك فى بيئة علاجية موافقة عنصراً رئيسيًا فى مجال العدالة الجنائية حتى الآن، لكنها بدأت تزدهر فى بعض الأوساط. وعلى الرغم من أن هذا المنحى واعد فى حالة الاستخدام مع الجناة، يجب أن نظل مدركين أنه لن يعمل بشكل جيد على قدم المساواة مع جميع المخالفين. ومع ذلك، إذا ما تم تطبيق مقابلات الدافعية بعناية فى مواقف العدالة الجنائية وتم تقييمها علميًا، فإنه قد يثبت أنه يمكن تعزيز التغيير فى ظروف صعبة.

الآراء الواردة فى هذا الفصل تعبر عن آراء المؤلفين ولا تمثل بالضرورة خدمة السجون فى كندا أو النائب العام لكندا أو دائرة السجون فى إنجلترا وويلز. ونود أن نشكر جيف إليسون **Jeff Allison** وجريج جريفز **Greg Graves** وشانتال لانجفين **Chantal Langevin** وأندريا موزر **Andrea Moser** وسوزان فاندربرج **Susan Vanderburg** وسكوت والتز **Scott Walters** على تعليقاتهم المفيدة حول طبعة سابقة لهذا الفصل.

الفصل الثالث والعشرون

إجراء مقابلات الدافعية مع الأزواج

BRIAN L. BURKE, GEORGY VASSILEV, ALEXANDER
KANTCHELOV, and ALLEN ZWEBEN

يمكن للفلاسفة أن يقولوا لنا إنه لا يهم كيف يفكر فينا العالم، وإنه ليس هناك ما يهم سوى ما نحن عليه حقًا.... لكن مادمنا نعيش مع آخرين، فنحن فقط ما يعتقده هؤلاء الآخرون بنا.... فمن السذاجة الاعتقاد بأن صورتنا ليست سوى وهم ودرب من دروب الخيال يخفينا، وأن جوهر الشخص الحقيقى مستقل عن رؤية العالم له.... ذلك لأن أنفسنا هى مجرد وهم وخيال كالضباب لا يمكن الإمساك به وإدراكه، فى حين أن الحقيقة الوحيدة التى يمكن إدراكها ووصفها بسهولة هى صورتنا فى أعين الآخرين.

- MILAN KUNDERA, Immortality

كما أكدنا فى الفصل الأول من هذا الكتاب، فإن تجميع أجزاء اللغز الخاص بأسباب تغير الأفراد توصلنا إلى مفهوم "الدافعية" باعتباره أساسًا فى هذه العملية؛ فلا يمكن أن تتأثر الدافعية للتغيير فقط بالسياق البين شخصى للفرد ولكنها تنشأ، فى جوهرها، من هذا السياق (الفصل الثالث من هذا المجلد). وبالتأكيد قد يؤثر الاستخدام الماهر لمقابلات الدافعية على العميل، ولكن هناك أفرادًا فى حياة العميل، "آخرين مهمين"، يمكن أن يكون لهم تأثير أكبر على دوافع العميل للتغيير. يقدم هذا الفصل الأساس

المنطقى لإدخال "الآخرين المهمين" فى سياق مقابلات الدافعية، ثم يناقش العلاجات المصممة خصيصاً للاستخدام مع الأزواج، والتى تتوازى مع تطوير مقابلات الدافعية. أخيراً، يرسم الفصل صورة، باستخدام أمثلة إكلينيكية، لما يمكن أن تبدو عليه مقابلات الدافعية مع الأزواج، بما فى ذلك بعض التوصيات العملية لإشراك الآخرين المهمين فى عملية العلاج.

الأساس المنطقى وراء إشراك آخرين مهمين فى مقابلات الدافعية

دعم إمبيريقى

تناول ألين زوبين (Allen Zweben, 1991) بالبحث فى الطبعة الأولى من هذا الكتاب فكرة تطبيق مبادئ مقابلات الدافعية فى العمل مع الأزواج. ورغم أنه لا توجد حتى الآن بحوث محددة عن إجراء مقابلات الدافعية مع الأزواج، هناك أدلة على أن إدخال آخرين فى العلاج مفيد لمجموعة واسعة من المشكلات الإكلينيكية (على سبيل المثال، Barlow, 1988). ففى مجال تعاطى المخدرات، أدى إدخال آخر مهم فى عملية العلاج إلى تحسين معدلات البقاء فى العلاج ولنتائج أكثر إيجابية عموماً (Miller & Heather, 1998; Zweben & Pearlman, 1983).

دعم اجتماعى

ظهرت، تجريبياً، مكاسب جليلة وواسعة النطاق للدعم الاجتماعى، بما فى ذلك علاقته بتحسين الصحة البدنية (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin, & Gwaltney, 1997)، وقدرته على العمل كمنطقة عامة عازلة تحمى الأفراد من التأثير الضار للإجهاد وضغوط الحياة (Cohen & Willis, 1985)، وبالتالى أصبح من الواضح بشكل متزايد أن الدعم الاجتماعى قد يمثل متغيراً حاسماً لإنجاح العلاج، سواء ما بعد الجلسة أو فى أثنائها. على الرغم من أن مقابلات الدافعية تتعامل مع الدعم بجدية فى أثناء الجلسة،

فهى لم تبدأ بعد فى معالجة كيفية توسيع نظام الدعم المقدم للعميل فيما وراء الجلسات القليلة التى يقضيها مع المرشد النفسى. الطريقة الوحيدة للقيام بذلك هى تجنيد "الآخرين المهمين" فى حياة العميل، والذين يمكن تشجيعهم لتقديم الدعم الاجتماعى من خلال التعليق الإيجابى على جهود العميل لمعالجة المشكلة، فضلا عن تقديم مساعدة مستمرة للتغييرات المستهدفة فى السلوك.

الكشف عن المعلومات الخفية

قد يوفر إدخال الآخر المهم فى التقييم المبدئى للعميل معلومات قيمة عن السياق الحقيقى لحياة العميل والسلوك المشكل وأساليب التواصل الطبيعى سواء للعميل أو الزوجين، وهى المعلومات التى لم تكن لتكشف عنها مقابلات الدافعية الفردية إذ لم يتم دمج الآخرين فى هذا التقييم. علاوة على ذلك، يمكن أيضًا استخدام هؤلاء لتقديم معلومات مواكبة عن تقدم العميل ويمكن أن يكون هذا بمثابة مؤشر على الأهمية الإكلينيكية أو مدى أهمية ملاحظتهم للتغيير فى سلوك العميل. على الرغم من أن الدراسات البحثية غالبًا ما تستخدم هذا التقييم المشترك (انظر الفصل السادس عشر من هذه المجلد)، فإن هذه المعلومات غير متوفرة بشكل عام فى الممارسة الإكلينيكية.

أهمية سياق العميل

أحد العيوب الممكنة لمقابلات الدافعية التقليدية يتمثل فى أنها لا تأخذ فى الاعتبار بالكامل سياق العميل الذى قد يكون أساسيًا، نظراً لتزايد الأدلة التى تربط المشكلات الفردية بالمواقف بين الشخصية التى تحدث فيها (على سبيل المثال، Jacob & Leonard, 1988; McCrady &Epstein, 1995). فى بعض الحالات، يشارك العميل فى شبكة اجتماعية أو علاقة تمثل عاملاً لاستمرار السلوك المشكل الحالى (Shoham, Rohrbaugh, Stickle, & Jacob, 1998).

فمثلاً، التفاعل بين الأزواج المسمى "الطلب – الانسحاب"[1] هو أحد المجالات التى تمت دراستها على نطاق واسع (Christensen & Shenk, 1991)، ويبدو أنه سائد، لا سيما عندما يكون لدى أحد شريكى الحياة مشكلة الإفراط فى شرب الخمور (Bepko & Krestan, 1985). فى سيناريو شائع، تقوم الزوجة التى لا تتناول الكحول بمطاردة وانتقاد زوجها مدمن الخمور وتلح عليه بالتغيير والإقلاع عن الشرب، ولا يجد الزوج سوى الانسحاب بعد ذلك أو الدفاع عن نفسه، مما يدفع الزوجة إلى مزيد من المطالبة والإلحاح، وبالتالى إشعال المشكلة أكثر والإبقاء على هذه الدائرة المغلقة (Shoham et al., 1998) ويمكن للمرء أن يرى بسهولة الإحباط المحتمل الذى يمكن أن ينتج عن القيام بمقابلة الدافعية مع عميل فى هذه الحالة، فبمجرد عودته[٢] إلى البيت يضطر لمواجهة شريك حياته ويستأنف على الفور نمط السلوك "المقاوم" والشرب. إشراك شريك الحياة فى العلاج يمكن أن يمنح فرصة للمعالج لمعالجة سلسلة تفاعلات معينة تتسبب فى استمرار السلوك المشكل لدى العميل وتقوض الدافع للتغيير. وتقدم العديد من المشكلات الإكلينيكية دليلاً على أن المكاسب العلاجية تتحقق من خلال التركيز بوجه خاص على علاقات الفرد الشخصية خارج العلاج بوصفها عنصراً أساسياً فى العلاج (Borkovec & Whisman, 1996).

يمكن لهؤلاء الآخرين المهمين" فى حياة العميل أن يقللوا من دوافع العميل للتغيير بطريقة أخرى، فبدلاً من أن يطلبوا من العميل التوقف عن السلوك المشكل قد يشجعونه بقوة للاستمرار فى هذا السلوك المشكل (وحتى مشاركته هذا السلوك). فى مشروع MATCH (1997a, 1997b, 1998a)، كان التدخل من خلال الاثنتى عشرة خطوة أكثر فاعلية من مقابلات الدافعية فى تعزيز العلاج للعملاء الذين كانت شبكات علاقاتهم الاجتماعية داعمة للشرب للغاية، فى حين أن العكس هو الصحيح للعملاء الذين كانت شبكة علاقاتهم الاجتماعية غير داعمة للشرب[٣]. بعبارة أخرى، كانت مقابلات الدافعية ذات تأثير علاجى أقل عندما كان فى حياة العملاء "آخرون مهمون" يمثلون شبكات من

---

١ Demand-Withdraw.

العلاقات الاجتماعية التى كانت تعزز السلوك المشكل. عندما يحاول الأفراد التغيير، غالبًا ما يدفعهم النظام فى اتجاه لمقاومة مثل هذا التغيير. ويمكن للعمل مباشرة مع سياق العميل - فى صورة "آخر مهم" - علاج هذا القصور المحتمل للمقابلات الدافعية الفردية.

وحتى لو لم يتدخل "الآخر المهم" فى عملية تغيير العميل كما هو موضح سابقًا (أى عن طريق المطالبة صراحة بالتغيير أو دعم عدم التغيير)، فإنه قد لا يزال مفيدًا فى التعرف على الحواجز الأخرى التى تحول دون تقدم العميل وإزالتها. من الواضح أن الدافع لا يكمن فقط فى الفرد، ولكنه يتأثر بعلاقات الفرد والبيئة المحيطة به. فإذا ما عبر المحيطون بالعميل عن القلق وعرضوا المساعدة وعززوا الآثار السلبية لهذه المشكلة بطريقة غير ملحة يزداد الدافع من أجل التغيير (Miller & Rollnick, 1991).

تضخيم مبادئ مقابلات الدافعية الأربعة

قد يمثل إشراك "الآخرين المهمين" فى العلاج ضغطًا على المعالج لتفعيل كل مبدأ من المبادئ الأساسية لمقابلات الدافعية: التعبير عن المواجدة وإبراز التناقض والدوران حول المقاومة ودعم الكفاءة الذاتية (الفصل الرابع من هذا المجلد). على سبيل المثال، قد يساعد "الآخرون المهمون" كثيرًا فى تنمية التباين لدى العميل من خلال تزويده بالمردود البناء (أى المعلومات المقدمة بطريقة لا تنم عن اللوم) عن تكاليف ومكاسب السلوك المشكل بالنسبة له، فضلا عن الآخرين المهمين. أشارت إحدى الزوجات، على سبيل المثال، فى الجلسة أن عدم قدرة زوجها على المشاركة فى نزهات الأسرة خارج المنزل نتيجة لإفراطه فى شرب الكحول قد يجعل الأطفال ينفرون منه، وأعربت أيضًا عن قلقها حول استقرار زواجهما إذا لم يغير عاداته فى الشرب (Zweben, 1991). الافتراض الأساسى هنا هو أن العميل قد يصبح أكثر التزامًا بالتغيير عندما تتعرض العلاقات الشخصية القيمة والمهمة بالنسبة له للتهديد (Longabaugh & Beattie,1985).

علاوة على ذلك، يمكن تحقيق الظروف التى توصل إلى الكفاءة الذاتية – والتغيير الشخصى – بشكل صحيح من خلال حشد المساعدة من "الآخرين المهمين" فى العلاج (Bandura, 1988, 1997) كما يمكن للتوجيه المناسب أن يجعل "الآخرين المهمين" أفضل من المهنيين فى توجيه العميل من خلال إتقان خبرات بناء الكفاءة الذاتية (Moss & Arend, 1977). بالإضافة إلى ذلك، يمكنهم أيضًا تذكير العميل بالنجاحات السابقة ذات الصلة الشخصية به بالتزامن مع دعم جهوده الحالية للتغيير. سنتناول دور هؤلاء "الآخرين المهمين" فى العمل مع المقاومة فى مقابلات الدافعية مع بعض التفاصيل فى وقت لاحق.

مقابلات الدافعية مع الأزواج فى مرحلة العمل من أجل التغيير والمراحل التالية لها

فى انتقال العميل من مرحلة "العمل على التغيير" إلى مرحلة "الحفاظ على التغيير" (Prochaska & DiClemente, 1982)، وجد مشروع MATCH (1997a) أن أكبر عدد من العملاء اختاروا دعم شركاء الحياة كأكثر عامل يساعدهم على الالتزام بقرار التغيير. تتسق هذه النتائج مع نتائج عدد من العلاجات الأخرى ودراسات الشفاء الطبيعى (Azrin, Sisson, Meyers, & Godley, 1982; Sobell, Sobell, & Leo, 1993) يستطيع "الآخرون المهمون" تسهيل تنفيذ خطة التغيير وتحسين رؤية العميل لكفاءته الذاتية من خلال تشجيعه على إرجاع تقدمه ونجاحه إلى ذاته. فقد يتعلم "الآخرون المهمون" من خلال أنشطة الإبقاء على التغيير التعرف على أسباب وعلامات الانتكاسة، مما يمكنهم من توفير نظام إنذار مبكر للعميل ومساعدته على إعادة مراحل التغيير إذا ما حدثت الانتكاسة.

ملخص

قد يكون من المفيد إدخال "الآخرين المهمين" فى عملية مقابلات الدافعية لعدد من الأسباب. هناك دعم تجريبى لإشراكهم فى علاج مجموعة واسعة من المشكلات الإكلينيكية، كما أنهم يستطيعون زيادة الدعم الاجتماعى للعميل داخل الجلسات وخارجها، فضلا عن توفير معلومات مهمة للمعالج عن العميل لا يستطيع التوصل إليها من دونهم. علاوة على ذلك، يسمح إشراك "الآخرين المهمين" فى العلاج بدراسة متأنية لسياق العميل وإزالة الحواجز التى قد تحول دون قيام العميل بالتغيير مع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة الشخصية للدوافع. وأخيراً، يمكن "للآخرين المهمين" أن يقدموا للمعالج فرصة كبيرة لوضع المبادئ الرئيسية الأربعة لمقابلات الدافعية معا موضع التطبيق، ويستطيعوا أن يستمروا فى أن يكونوا مفيدين للعميل خلال مرحلة العمل للتغيير وما بعدها.

مقابلات الدافعية وبرامج علاج الأزواج

مقابلات الدافعية وعلاجات الأنساق[1]

تشدد معظم برامج علاج الأزواج على الممارسات الإكلينيكية التى تتضمن المواجهة المباشرة مع السلوك المشكل واستخدام التدريب على المهارات وتحليل التشوهات الإدراكية المعرفية لدى العميل. ومع ذلك، هناك نظامان لمنحى العمل مع الأزواج يطبقان صراحة تقنيات التأثير على دوافع العميل والتزامه بالتغيير، وهما: نموذج MR (يرجع اسمه نسبة لمعهد البحوث الذى تم وضع النموذج فيه) (Fisch, Weakland, & Segal, 1982; Weakland & Fisch, 1992) والعلاج المركز على الحل (deShazer et al., 1986; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). تتميز هذه المناحى بالعديد من التقنيات والاستراتيجيات التى تشبه تلك المستخدمة فى مقابلات الدافعية. هناك أربعة أوجه متشابهة أساسية بين مقابلات الدافعية، وهذه العلاجات نعرض لها كما يلى:

١ Systems Therapies.

- الاستجابة للمقاومة (الفصل الثامن من هذا المجلد): ترى هذه المناحى المقاومة باعتبارها متغيراً بين شخصى بدلاً من كونها متغيرا فرديًا، مع التركيز على أهمية تفادى الجدل واستخدام قيم الزوجين ومخاوفهما لاستثارة الدافعية للتغيير. وتضم التقنيات الخاصة بالتعامل مع المقاومة إعادة الصياغة والمفارقة العلاجية (والتى تتخذ فى مقابلات الدافعية شكلاً معدلاً من أشكال "المسايرة").
- احترام التناقض الوجدانى (الفصل الثانى من هذا المجلد): غالبًا ما يفحص هذا المنحى تناسب "الأعراض - النسق" (أى كيف يمكن أن يخدم السلوك المشكل وظيفة حيوية للزوجين). وفى نموذج MRI، يؤدى هذا عمومًا إلى النظر فى الجوانب الإيجابية (وكذلك السلبية) للمشكلة، بحيث يقترب من التوازن فى اتخاذ القرارات التى غالبًا ما تستخدم فى إجراء مقابلات الدافعية.
- دعم الكفاءة الذاتية (الفصل التاسع من هذا المجلد): الهدف الرئيسى للعلاج المركز على الحلول هو تركيز اهتمام العميل على الاستثناءات والحلول ونقاط القوة إلى أقصى حد ممكن، وبالتالى تعزيز الكفاءة الذاتية من أجل التغيير. كما هو الحال فى مقابلات الدافعية، يمكن تناول الثقة (على سبيل المثال، أى ما إذا كان العميل قادراً على التغيير) على وجه التحديد من خلال تقنيات مثل التأكيدات المتكررة لجهود العميل ومراجعة نجاحاته السابقة وتخيل كيف سيبدو التغيير (ما يسمى بـ"التغيير الافتراضى" فى مقابلات الدافعية).
- السعى لاستخلاص الحديث عن التغيير (الفصل السادس من هذا المجلد). فى العلاج المركز على الحل، يثار الحديث عن التغيير فى وقت مبكر وغالبًا ما يساعد المعالج عملاءه فى رسم صور حية للتغيير، ويتم إنجاز هذا التغيير من خلال استراتيجيات تستخدم أيضًا على نطاق واسع فى مقابلات الدافعية، مثل النظر للخلف ("حدثنى عن وقت لم تكن المشكلة موجودة")، والنظر للأمام (التطلع لمستقبل أفضل)، وقياس الأسئلة (استثارة تقييم العميل للمتغيرات الأساسية).

على الرغم من أن مقابلات الدافعية وعلاجات الأنساق تتبنى استراتيجيات متماثلة، إلا أن هناك فروقًا رئيسية فى المناحى والأساليب، ولكنها تخرج عن نطاق هذا الفصل من المجلد، مثل الاستخدام الماهر للإنصات المتمعن الذى تؤكده مقابلات الدافعية بينما لا يوجد فى علاجات الأنساق، والاستخدام الشائع للمفارقة والتناقض فى نموذج (MRI) الذى لا يوجد فى مقابلات الدافعية. وعلى الرغم من ذلك، أوجه التشابه هذه تعمل على إبراز نقطة رئيسية: إذا كانت الاستراتيجيات المتسقة مع مقابلات الدافعية مطبقة بالفعل بنجاح فى علاجات الأزواج، يمكن حينئذ استخدام مقابلات الدافعية بسهولة فى هذا المجال.

مقابلات الدافعية وعلاج الأزواج القائم على التقبل

تطبق الأفكار الموازية لتلك التى تعتنقها مقابلات الدافعية أيضًا على برامج علاج الأزواج فيما وراء مناحى الأنساق؛ حيث يعتبر العلاج المتمركز حول العميل أحد العناصر التأسيسية لمقابلات الدافعية (الفصل الثالث من هذا المجلد)، وقد استخدم على نطاق واسع مع الأزواج لعدة عقود (Gaylin, Esser, Schneider, Rombauts, & Devriendt, 1990). علاوة على ذلك، هناك منحى جديد للعمل مع الأزواج يشتمل على تقنيات لتعزيز التقبل وتقنيات لتعزيز التغيير: العلاج التكاملى للأزواج (Jacobson & Christensen, 1996) (ICT)[1]. يمثل التركيز على التقبل فى العلاج التكاملى للأزواج – من خلال استراتيجيات مثل الانضمام المبنى على المواجدة حول المشكلة وبناء التسامح – تطبيقًا لبناء أساسى لمقابلات الدافعية فى مجال علاج الأزواج.

---

١ ICT: integrative couple therapy.

مقابلات الدافعية: تكامل برامج علاج الزوجين الموجهة نحو الفعل

تركز كل علاجات الأزواج المسندة تجريبياً، تقريباً، حتى الآن (Baucom et al,1998) على تطبيق تكنيكات سلوكية معينة تناسب العملاء فى مرحلة "العمل للتغيير" على أفضل وجه (Prochaska & DiClemente, 1982)، مع التركيز قليلا على كيفية إعداد الأزواج للتغيير (أى كيفية تعزيز الدافع لدى الذين لم يصلوا إلى مرحلة العمل للتغيير). على ضوء هذا، يمكن للمقابلات الدافعية أن تكون بمثابة إضافة محتملة قيمة إلى مجال علاج الأزواج. تماماً كما يمكن دمج مقابلات الدافعية الفردية ضمن استراتيجيات سلوكية بمجرد زيادة الاستعداد للتغيير، ويمكن أيضاً فى مجال العمل مع الأزواج الجمع بين مقابلات الدافعية ومناخٍ سلوكية أكثر توجها نحو العمل.

ثلاث طرق لاستخدام مقابلات الدافعية مع الأزواج

هناك العديد من الطرق لتطبيق مبادئ مقابلة الدافعية عند العمل مع الأزواج، ولكن يبدو لنا أن هناك ثلاث صيغ أساسية يمكن أن يتخذها هذا المنحى من العلاج وهى: "الآخر المهم" كمشارك فى مقابلة الدافعية الفردية مع العميل، وتطبيق مقابلات الدافعية مع كلا الزوجين فى جلسات منفصلة لكل منهما، ومقابلات دافعية تستهدف تحديداً التفاعلات بين الزوجين. فيما يلى مزيد من المناقشة لكل من هذه الاحتمالات.

الآخر المهم كمشارك فى مقابلات الدافعية للعميل

أحد مناحى تبنى مقابلات الدافعية للاستخدام مع الأزواج هو الاستمرار فى ممارسة مقابلات الدافعية الفردية مع العميل، بينما يقوم "الآخر المهم" بالملاحظة أو المشاركة؛ حيث يمكن أن يساعد استخدام مقابلات الدافعية فى وجود شريكى الحياة معاً على إنصات كل منهما للآخر وفهم أفضل لوجهة نظره ورؤيته. وقد تبنى مشروع ماتش (1997a) MATCH (1997a) هذا المنحى بصفة أساسية فى علاجه القائم على تعزيز الدافعية (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992)، مع ضم "الآخر المهم" فى جلستين للعلاج على الأكثر (من مجموع أربع جلسات).

يتوقف دور "الآخر المهم" فى العلاج، جزئيًا، على درجة التزام الزوجين الشخصى بحل السلوك المشكلة. فقد يؤدى عدم إدراك العميل لأهمية دعم "الآخر المهم" فى التعامل مع المشكلة، أو عند نقص استثمار "الآخرين المهمين" أنفسهم فى عملية تغيير العميل، فإنه قد لا تكون للمشاركة الواسعة لهؤلاء "الآخر المهم" أثر يذكر على النتائج اللاحقة. وقد يكون من المفيد فى هذه الحالات أن يقتصر دورهم فى الجلسات على كونهم مجرد "شهود"، مع مشاركة محدودة فى تبادل وتلقى المعلومات حول مشكلة العميل وتقدمه. كما قد يساعد هذا الاستخدام "للآخرين المهمين" كضمانات مشتركة على الكشف عن المعلومات "الخفية" وتعزيز صحة حديث العميل، وبالتالى دعم عملية العلاج.

على العكس من ذلك، فى الحالات التى يكون فيها الالتزام الشخصى مرتفعًا، قد يكون من المفيد أن يلعب "الآخرون المهمون" دورًا أكثر نشاطًا فى جلسات مقابلات الدافعية التى تركز على الفرد. فقد يطلب من "الآخر المهم" تبادل المعلومات ذات الصلة بتخطيط وتنمية أهداف العلاج، وأن يتعاونوا بطريقة بناءة مع العميل فى تحديد كيفية تحقيق هذه الأهداف، وكذلك المساعدة بصفة عامة فى تعزيز التزام العميل بالتغيير.

استخدام مقابلات الدافعية مع كلا الشريكين

هناك طريقة أخرى لاستخدام مقابلات الدافعية فى العمل مع الأزواج هى القيام بهذة المقابلات مع كل من الشريكين فى أثناء العلاج؛ فقد يكون هذا المنحى مفيداً فى ثلاث حالات مختلفة كما يلى:

- إذا كان كلا الشريكين يعتبران نفسيهما عميلين (على سبيل المثال، كلاهما يعانى من نفس المشكلة التى قد يمكن علاجها خلال مقابلات الدافعية). وقد استخدم ألسوب وساوندر (Allsop and Saunders, 1991) صورة معدلة من هذه الصيغة، ووجدا أن لها مزايا واضحة عند العمل مع اثنين من العملاء فى وقت واحد.

- إذا كان الإجهاد والعجز اللذان يمر به "الآخر المهم"عند محاولة التعامل مع مشكلة العميل يحول دون مشاركته فى مقابلات الدافعية الخاصة بالعميل (Moos, Finney, & Cronkite, 1990). فى هذه الحالة، قد يكون هذا "الآخر المهم" بحاجة أولاً للعناية بالصعوبات الخاصة به (والتى يمكن علاجها من خلال مقابلات الدافعية) قبل أن يستطيع تقديم دعم للعميل.
- إذا كان "الآخر المهم" مترددًا ولديه بعض التناقضات حول بعض سلوكياته الخاصة به، والتى تبقى على المشكلة (المساهمة فى حالة الاكتئاب التى يعانى منها العميل من خلال عدم قضاء أى وقت معه وحمايته من الآثار السلبية من تعاطى المخدرات،... وما إلى ذلك)، فى هذه الحالة تكون مقابلات الدافعية مع هذا "الآخر المهم" لتساعده فى حل هذا التناقض والتردد مما يسمح له بتغيير هذه السلوكيات التى تبقى على المشكلات.
- فيما يلى نص لجلسة افتراضية لتوضيح كيف يمكن أن تكون مقابلات الدافعية مع الأزواج:

القائم بالمقابلة (لزوجة تعد أخرى مهمة): لقد أمضينا بعض الوقت اليوم فى مناقشة مخاوف زوجك بشأن وزنه. أريد الآن أن أسمع رأيك، ما هى بعض مخاوفك حول وزنه؟

الزوجة: حسنًا، أسوأ شىء بالنسبة لى هو أنه لا يمكث فى المنزل أبدًا فى الآونة الأخيرة، لقد اعتدنا على الاستمتاع بفعل الأشياء معًا، ولكنه الآن دائمًا مع رفاقه، ويتناول الوجبات السريعة ويشاهد الألعاب الرياضية.

القائم بالمقابلة (للزوجة): لا تقضيان الكثير من الوقت معًا الآن.

الزوجة: كل منا يفعل الأشياء الخاصة به وحده، فهو يذهب لتناول الغذاء فى الخارج، وأنا أذهب إلى المكتبة للدراسة. عندما التقينا فى البداية كنا نفعل الأشياء معًا دائمًا، كنا نذهب إلى السينما عدة مرات فى الأسبوع ونتناول العشاء معا كل ليلة تقريبًا.

القائم بالمقابلة: ولكن الأمور تغيرت.

العميل: لقد عادت إلى الدراسة – هذا هو ما تغير، فهى تستذكر دروسها طوال الوقت وتتركنى لإعالة نفسى.

القائم بالمقابلة (إلى العميل): إذن، فأنت ترى عودة زوجتك للدراسة تغيراً كبيراً.

القائم بالمقابلة (للزوجة): ما رأيك فى ذلك؟

الزوجة: أعتقد أن ذلك صحيح... لقد أصبحت مدمنة للدراسة. أجد صعوبة حقًا فى توفير وقت لفعل أشياء أخرى غير الدراسة، والآن لا أجده حولى أبداً.

قد يستمر القائم بالمقابلة فى هذا الطريق، ويستخلص الحديث عن التغيير من الزوجة لتغيير سلوكياتها التى قد تشجع على عادات زوجها السيئة فى تناول الطعام، مما يؤدى إلى تلخيص عبارة للزوجة فى نهاية المطاف على النحو التالى:

"كنت إذن قلقة بشأن وزن زوجك، وما يقلقك أكثر هو أنكما لا تقضيان وقتًا مهمًا معًا كما كانت العادة. إنك تعتقدين أنه قد يساعدك إذا ما بدأتما فى فعل الأشياء معا كزوجين مرة أخرى، ربما الذهاب إلى السينما أو تناول العشاء معًا. جزء فيك يشعرك بأن زوجك يخرج لتناول الطعام مع رفاقه مما يمنعكما من قضاء الوقت معًا، ولكن جزءاً آخر فيك يشعرك بأن دراستك تقف أحيانًا فى الطريق أيضًا. إنك تريدين حقًا مساعدة زوجك، وترين أيضًا أنه قد تكون الخطوة الأولى المهمة بالنسبة لك أن يتوفر بعض الوقت لفعل الأشياء معا بين الحين والحين، ولا سيما وقت تناول العشاء. لقد أشرت إلى أنك تريدين أن تجربى هذه الفكرة خلال الأسابيع القليلة القادمة وترين ما سيحدث".

نص الجلسة السابقة هو مثال افتراضى (ومبسط للغاية) للكيفية التى يمكن بها استخدام مقابلات الدافعية مع "الآخر المهم" لجعله يغير سلوكه (وهو هنا الزوجة والسلوك هو الدراسة طوال الوقت) وهو الأمر الذى قد يساهم فى حل مشكلة العميل فى نفس الوقت الذى يسمح له بالتعبير عن وجهة نظره فى هذا الشأن. ويمكن لمقابلات الدافعية استهداف ليس فقط سلوك واحد "للآخر المهم"، ولكن أيضًا نمط معقد من السلوكيات المترابطة، كما سيلى شرحه بمزيد من التفصيل.

استهداف مقابلات الدافعية للتفاعل بين الزوجين

وثمة منحى ثالث لاستخدام مقابلات الدافعية مع الزوجين يتلخص فى التركيز على تسلسل التفاعل الثنائى الذى يبقى على السلوك المشكل. إحدى طرق استهداف أساليب التواصل بين الزوجين هو استكشاف طرق بديلة للتفاعل، والتى يمكن أن تتحقق من خلال تعليم الزوجين كيفية ممارسة مقابلات الدافعية مع بعضهما بعضًا. على سبيل المثال، كثيراً ما يشتكى شريك الزواج غير السعيد بأن الطرف الآخر لا ينصت إليه ولا يدعمه. تعليم كل من الزوجين كيف أن التواصل من خلال أسلوب مقابلات الدافعية يساعده فى كسر هذه المشكلات وغيرها من الأساليب الوظيفية المختلة، مثل الإلحاح على التغيير - والانسحاب الذى سبق وصفه.

وهناك تزايد معرفتنا بكيفية تعلم الأفراد الأسلوب الشخصى لمقابلات الدافعية (الفصلان الثالث عشر والرابع عشر من هذا المجلد)، بما يوحى بكيفية إدراجها بوصفها عنصراً من عناصر العلاج. كالعادة، لا يتم فرض ذلك قسراً على العملاء، بل يتم عرضه بلطف كأحد الخيارات القابلة للتطبيق للنظر فيها. وفيما يلى نص الجلسة الافتراضية فى الكيفية التى يمكن أن يتم بها ذلك:

القائم بالمقابلة (لزوجة تعد آخر مهم للعميل): تحدثنا حتى الآن عن تدخين زوجك ومخاوفه. أود أيضاً أن أعرف ماذا تفعلين عندما يدخن زوجك؟

الزوجة: عادة ما أتحدث معه حول هذا الموضوع.... إذا ما التزمت بالصمت أشعر بالاستياء. لذلك أحاول أن أقنعه بأنه لا ينبغى أن يدخن بهذا القدر، إن هذا ليس بالشىء الصحيح الذى ينبغى عمله.

العميل: تصبح لحوحة ومملة بحق فى بعض الأحيان.

القائم بالمقابلة: (للزوجة) وماذا يحدث عندما تفعلين ذلك؟

الزوجة: حسنًا، غالبًا ما يذهب بعيداً - إلى البدروم أو حجرة مكتبه - وأعتقد أنه يستمر فى التدخين.

القائم بالمقابلة (للزوجة): يصعب عليك معرفة كيفية مساعدته فى هذا.

الزوجة: بالضبط، هذا أمر محبط للغاية فى بعض الأحيان.

القائم بالمقابلة (للزوجة): لدي فكرة أخرى، يراها بعض الناس مفيدة فى تحقيق التغيير فى مثل هذه الحالات. هل يروق لك سماع ذلك؟

فى هذه الجلسة، وبمجرد أن حدد القائم بالمقابلة وجود تسلسل (الإلحاح على التغيير - الانسحاب)، قد يكون من المفيد تقديم مقابلات دافعية كبديل - فهى سبل متسقة للاستجابة لكلا الزوجين، على سبيل المثال تعليم الزوجة دعم التغيير بدلاً من الإلحاح فى طلب التغيير، الأمر الذى قد يقلل من سلوكيات انسحاب الزوج ("المقاومة")، أو تعليم الزوج تقديم المواجدة والدعم لزوجته وأن يرى هدفها النبيل وراء "إلحاحها المزعج بالتغيير". لاحظ، مع ذلك، أنه ليس هناك بالضرورة "إلحاح التغيير- انسحاب" أو أى تسلسل لتفاعل سلبى آخر حتى يتعلم الآخر المهم مهارات وتكنيكات مقابلات الدافعية ويصبح شريكًا أكثر كفاءة فى عملية التغيير (Miller & Heather, 1998).

قد يمكن تعليم الزوجين هذه الأساليب الجديدة وطرق التفاعل بنفس الطريقة تقريباً التى يتم استخدامها فى تعليم مقابلات الدافعية للمرشدين النفسيين، إنها ليست مجرد مسألة تقنية، ولكن الأمر يتعلق باستخلاص وجهة نظر المتعلم ذاته عن القيمة المحتملة للمقابلات الدافعية والإنصات إلى كل مخاوفه وتحفظاته حول الأسلوب والتصدى لجوهر كل تجارب الحياة اليومية (على سبيل المثال، تفاعلاتهم الأساسية مع شركائهم)، وبعبارة أخرى هناك حاجة إلى رعاية ودعم الدوافع الذاتية لكل من العميل و"الآخر المهم" لتعلم مقابلات الدافعية. بمجرد إحراز ذلك، يمكن للتعلم أن يتم من خلال الممارسة (مثل تدريبات على لعب الأدوار فى الجلسة) مع تكرار تقديم المردود من المعالج لتوجيه تقدم الزوجين.

إن تعليم "الآخر المهم" كيفية استخدام مقابلات الدافعية هو أكثر تعقيداً من تعليم نفس المنحى إلى مرشد نفسى. ففى الحالة الأولى، قد يجد "الآخرون المهمون" صعوبة فى عزل أنفسهم عن مخرجات العميل، لأن لها تأثيراً مباشراً على حياة هؤلاء

"الآخر المهم" أنفسهم. كما ناقشنا فى مكان آخر من هذا المجلد (الفصل الثانى عشر)، يجب استخدام مقابلات الدافعية بعناية وحرص عندما يكون لشخص ما مصالح شخصية معينة تتعلق بالاتجاه الذى يأخــذه العميــل، حتى لو كـانت هــذه المصالح لا تتعارض مع أفضل صالح للعميل.

ملخص

يمكن استخدام مقابلات الدافعية مع الأزواج بعدة أشكال مختلفة: ضم "الآخر المهم" كمشاركين فى مقابلات الدافعية الفردية مع العميل، بالإضافة إلى تطبيق مقابلات الدافعية على كلا الزوجين بشكل منفصل فى الجلسة، وأخيراً إجراء مقابلات الدافعية التى تستهدف على وجه التحديد التفاعلات بين الزوجين. ونظراً لأن كثيراً من الحالات تنطوى على مزيج من فرد يعانى من مشكلة (على سبيل المثال مشكلة تعاطى المخدرات)، ومتغير تفاعلى على مستوى الزوجين (مثل تسلسل الإلحاح على التغيير والانسحاب). يمكن استخدام هذه الأشكال الثلاثة جنبا إلى جنب مع بعضها بعضاً، وكذلك بالاشتراك مع المنحى التقليدى للمقابلات الدافعية.

توصيات عملية لاستخدام مقابلات الدافعية مع الأزواج

بغض النظر عن كيفية استخدام مقابلات الدافعية مع الزوجين، هناك حاجة لاتخاذ قرارات ومواجهة تحديات طوال العملية. يقدم هذا القسم توصيات عملية لعمل مقابلات الدافعية مع الزوجين، ومعالجة ما إذا كان يجب دعوة "الآخر المهم" للمشاركة فى العلاج وكيفية ضم الزوجين وتشكيل توافق فى الآراء حول الأهداف وتعزيز تماسك العلاقة والعمل مع أنواع مختلفة من المقاومة التى قد تنشأ على طول الطريق.

دعوة "الآخر المهم" للمشاركة فى العلاج

الجوانب العملية لإشراك "الآخر المهم" فى عملية العلاج ذات أهمية قصوى؛ القرار الأول فى هذا الشأن هو تحديد ما إذا كان هناك "آخرون مهمون" مناسبون فى حياة العميل، بمعنى شخص ذى قيمة للعميل ويحتفظ معه بعلاقة قوية (Longabaugh, Beattie, Noel, Stout, & Malley, 1993. نظرًا لأنه غالبًا ما يكون هناك أكثر من "آخر مهم" فى حياة العملاء ولابد من استكشاف جميع المرشحين المحتملين بحيث يمكن تقليل فرصة ضم شخص يضر العلاج، وبمجرد أن يتم تحديد المرشح المناسب، يطلب من العميل السماح بإشراكه فى عملية العلاج مع شرح دقيق للأساس المنطقى المرتبط بذلك. ويمكن استخدام استراتيجيات مقابلات الدافعية لمعالجة مخاوف العميل وقلقه حول هذه المشاركة، وذلك من خلال استخدام أسئلة مفتوحة يليها الإنصات المتمعن، وكذلك موازنة القرار (على سبيل المثال، "ما هو أسوأ وأفضل شىء يمكن أن يحدث إذا ما حضر "الآخر المهم" الجلسة؟").

بصفة عامة، يتم تأجيل إشراك "الآخر المهم" إذا كان العميل لا يزال مترددا بشأن ذلك، على الرغم من أن أحد الخيارات هو دعوة هؤلاء "الآخر المهم" إلى المشاركة فى العلاج على أساس محدود (على سبيل التجربة)، مع فرصة لإعادة النظر فى إشراكهم مرة أخرى إذا ما ثبت أن مساهمتهم كانت مفيدة. وأخيراً، فإن توقيت مشاركتهم فى العلاج مهم للغاية، فمثلاً، هذه المشاركة قد لا تكون مفيدة للعملاء فى مرحلة ما قبل اعتزام التغيير، حيث قد يشعر العميل بزيادة الضغوط إذا ما قدم كل من المرشد و"الآخر المهم" مردوداً حول مشكلتهم.

وخلال الاجتماع المبدئى مع الزوجين، من المهم استكمال التزامهما بالعمل معًا وتوضيح أدوار وتوقعات كل شريك، وتتم مراجعة الأساس المنطقى وراء إشراك "الآخر المهم" فى العلاج، بينما يتم تأكيد اختيارات العميل الشخصية ومسئوليته عن تغيير السلوك، كما توفر الجلسة الأولى أيضًا فرصة فريدة لمراقبة الأساليب التفاعلية بين الزوجين واختبار المستوى الحقيقى لالتزام "الآخر المهم" بدعم العميل فى عملية التغيير.

الانضمام إلى الزوجين

من المفيد استخدام نفس الأساليب المستخدمة فى وقت مبكر فى إجراء مقابلات الدافعية الفردية عند محاولة الانضمام إلى الزوجين: طرح أسئلة مفتوحة والإنصات بتمعن وتأكيد وتلخيص واستخلاص الحديث عن التغيير. تستخدم هذه الأساليب فى العمل مع الزوجين، بينما يقوم المرشد بالتعبير عن المواجدة لكل منهما على حدة. يمكن للمعالج تأكيد مجهودات "الآخر المهم" المبذولة لمساعدة العميل فى الماضى أيضًا، وكذلك، عند الاقتضاء، الخطوات التى اتخذوها لإدخال العميل فى عملية العلاج الحالية. بينما يتم علاج مخاوف ومشاغل "الآخر المهم" الخاصة بهم فى أثناء الجلسة، يمكن أيضًا تجنيدهم لدعم العميل طوال الجلسة. على سبيل المثال، فى بناء الكفاءة الذاتية للتغيير للعميل الذى يعانى من الخوف من الأماكن العامة والمفتوحة، يمكن للمرشد أن يسأل "الآخر المهم" ما يلى:

"هل لاحظت أى تغييرات فى زوجك تعتقدين أنها مشجعة؟"

"هل تعلمين قصصًا سابقة لنجاح زوجك فى قهر مخاوفه؟"

"ما الشىء فى رأيك الأكثر إفادة لزوجك فى تغيير سلوكه فى الخوف من الأماكن العامة والمفتوحة؟"

يسعى المعالج جاهدًا، من خلال استكشاف هذه المجالات مع الزوجين، إلى جعل "الآخرين المهمين" يشعرون بأنهم مشاركون وأنهم ذوو قيمة كبيرة فى عملية العلاج وفى غرس التفاؤل نحو التغيير فى كلا الشريكين.

تحقيق إجماع على أهداف العلاج

هناك نقطة أخرى فى مقابلات الدافعية، سواء كانت مع فرد أو مع زوجين، عندما يحين الوقت لتغيير المنحى، وذلك بهدف التغيير من تعزيز الأهمية والثقة إلى تقوية الالتزام بخطة التغيير (الفصل العاشر من هذا المجلد). عندما يطلب من "الآخر المهم"

مساعدة العميل فى تغيير سلوكه المشكل، من المفيد التوصل إلى توافق فى الآراء بين الشريكين فى هذه المرحلة الحرجة. وهناك ما يبرر استخدام تكنيكات وأسلوب مقابلات الدافعية فى هذه الخطوة، لأن وضع خطة التغيير هو عملية مشتركة لصنع القرار والتفاوض - بين ثلاثة أشخاص وليس اثنين فقط - يتضمن تحديد الأهداف والنظر فى الخيارات والتوصل إلى خطة واستثارة الالتزام. وعلى الرغم من أهمية توافق الآراء، فإنه لا غنى عما يأتى: الدور الرئيسى "للآخر المهم" هو مساعدة العميل فى إيجاد الحلول الخاصة به من أجل التغيير عن طريق توفير مدخلات بناءة وداعمة، مما يساعد العميل على تحقيق الاستفادة القصوى من العلاج.

تشجيع تماسك العلاقات

كما ناقشنا سابقًا، "الآخرون المهمون" مفيدون فى عملية العلاج خاصة إذا كان يمكنهم أن يكونوا بمثابة مصدر للدعم الاجتماعى، وبالتالى توفير علاقة طبيعية تساعد فى حياة العميل. لذلك فالهدف المستمر لمقابلات الدافعية مع زوجين هو تعزيز التماسك فى العلاقة والرضا، ولا سيما بين الشركاء الذين ثبت وجود علاقات شخصية قوية سابقة بينهما، من أجل تعزيز التزام العميل بالتغيير (Edwards & Orford, 1977) يمكن تناول الأهداف المحددة للعلاقة بشكل واضح، مثل الاندماج فى أنشطة مشتركة (على سبيل المثال الإجازات)، والتى يمكنها أن تؤدى إلى تحسين كمية التفاعلات بين الزوجين وجودتها.

العمل مع المقاومة

أحد الفروق الأساسية بين مقابلة الدافعية مع فرد واحد وبين مقابلات الدافعية مع زوجين هو أنه فى الحالة الأخيرة هناك ثلاثة مصادر محتملة للمقاومة: العميل، و"الآخر المهم"، والزوجان ككل.

استخدام الآخر المهم فى التصدى للمقاومة

نظراً لأن المقاومة تتشكل من خلال التفاعلات بين الأشخاص، لذلك من المهم جداً تقييم دور "الآخر المهم" فى إثارة مقاومة العميل خلال الجلسة. إذا لزم الأمر، ويمكن للعلاج أن يشمل التركيز بصفة محددة على أى أنماط علائقية تشجع المقاومة (مثل، الإلحاح فى طلب التغيير - الانسحاب أو المواجهة - المقاومة)، وتعليم الزوجين كيفية القيام بمقابلات الدافعية مع بعضهما بعضاً كما هو موضح سابقاً.

وإذا كان "الآخرون المهمون" لا يساهمون فى مقاومة العميل فى الجلسات، يستطيعون فى كثير من الأحيان أن يلعبوا دوراً مهماً فى مساعدته على أن يصبح أكثر التزاماً بالتغيير. على سبيل المثال، عادة ما يكون المردود ذات مغزى أكبر للعميل إذا ما صرح بها "الآخر المهم" بدلاً من المعالج. ويمكن استخلاص هذا المردود من خلال الأسئلة التالية:

"ما ملحوظاتك عن [مشكلة العميل]؟"

"كيف أثر السلوك المشكل على الوضع فى المنزل؟"

"هل تغير شيء جعلك أكثر قلقا بشأن المشكلة؟"

يكون الطلب من "الآخر المهم" القيام بتوصيل هذه الرسائل المهمة بطريقة خالية من المواجهة مفيداً للتقليل من مقاومة العميل وزيادة الدافع للتغيير.

ولكن قد تكون هناك حالات يكون فيها "الآخرون المهمون" مفعمين بالحديث عن "العمل على التغيير" فى حين يظل العميل متردداً، وقد يكون من المفيد للمعالج حينئذ تخفيف المردود القادم من هؤلاء "الآخرين المهمين" ومنع الجلسة من التقدم إلى مرحلة "العمل على التغيير" قبل أن يكون العميل مستعداً لهذه المرحلة.

الآخر المهم المقاوم

قد يؤدى إشراك الآخرين المهمين فى العلاج إلى نتائج عكسية إذا كانوا غير ملتزمين بالتغيير (Longabaugh et al., 1993) أو مثقلين بالغضب والاستياء؛ يمكن تناول مشكلات العلاقة (على سبيل المثال، الخلافات الزوجية) التى قد تؤثر على السلوك المشكل فى نمط مقابلات الدافعية، ولكن يفضل أن يكون ذلك بعد القيام بتحقق وافٍ من الهدف الرئيسى للعلاج. فى حالة تدخل مشاركة "الآخر المهم" فى العملية الدافعية، يمكن قصر دورهم "كشهود" فى جلسات العميل الفردية.

الأزواج المقاومون

تدل عدم استجابة الأزواج لمقابلات الدافعية عادة على أسلوب من التفاعل السلبى (Zweben, 1991)، حيث يميلون إلى اللوم وتوجيه الانتقاد ومضايقة بعضهم بعضًا فى الجلسات – وهو الموقف الذى من شأنه أن يزيد من مقاومة العميل للتغيير أو يسبب له ترك العلاج قبل الأوان. أحد الأهداف الرئيسية فى هذه الحالة هو الحد من التفاعلات السلبية من خلال تعليم الزوجين كيفية القيام بمقابلات الدافعية مع بعضهم بعضًا، كما نوقش بالتفصيل آنفا.

خلاصات

قدم هذا الفصل لمحة عامة عن الحالة الراهنة لاستراتيجيات مقابلات الدافعية للعمل مع الأزواج. تشير الأدلة التجريبية والإكلينيكية حتى الآن إلى أن مشاركة "الآخر المهم" قد تؤدى إلى تحسين معدلات البقاء فى العلاج وتحقيق نتائج أفضل لطائفة واسعة من المشكلات الإكلينيكية.

ويتسق هذا مع مفهوم مقابلات الدافعية لأهمية السياق الاجتماعى فى تحقيق التغيير والحفاظ عليه.

لكى تحقق مقابلات الدافعية إمكانياتها فى العمل مع الأزواج، يتطلب هذا المجال مزيداً من الدقة الإكلينيكية والتطوير. فالمسائل الرئيسية لا تزال قائمة، مثل ما إذا كان يجب إشراك "الآخر المهم" فى علاج لعميل معين وكيفية القيام بذلك، فضلا عن تفاصيل استخدام مقابلات الدافعية لمعالجة سلسلة تفاعلية وليس مجرد سلوكيات فردية. هناك حاجة لبذل جهود بحثية لتقييم كفاءة مقابلات الدافعية مع الأزواج، لتحقيق فهم أفضل لتأثير وجود "الآخر المهم" على ديناميكيات تحفيز العميل، وكذلك تحديد الفخاخ العلاجية الخاصة بمقابلات الدافعية فى هذا المجال.

الهوامش

(١) يمكن أن يكون "الآخر المهم" شريك الحياة أو أى عضو آخر رئيسى فى حياة العميل، مثل أحد أفراد الأسرة أو صديق. فى هذا الفصل، استخدمنا مصطلح "زوجين" للدلالة على أى من هذه العلاقات.

(٢) ملحوظة بشأن استخدام ضمير الغائب: فى هذا الفصل للتيسير، سنشير إلى العميل بضمير الغائب "هو" و"للآخرين المهمين" بضمير الغائب "هى"، لأن هذا هو السيناريو الأكثر شيوعًا فى حالة تعاطى إدمان المخدرات (وهو المجال الذى ظهرت فيه مقابلات الدافعية لأول مرة)، ومع ذلك، كان المقصود تطبيق المبادئ الواردة فى هذا الفصل على عملاء أو "آخرين مهمين" من كلا الجنسين، فضلا عن تطبيقها على مجموعة واسعة من المشكلات الإكلينيكية.

(٣) لمزيد من التفاصيل عن مشروع ماتش MATCH، انظر الفصل السادس عشر من هذا المجلد.

الفصل الرابع العشرون

استخدام مقابلات الدافعية فى علاج الاضطراب المزدوج

NANCY HANDMAKER, MICHELE PACKARD, and
KELLY CONFORTI

تعد مشكلات الالتزام بالعلاج من الشكاوى الشائعة بين مقدمى العلاج؛ ولا يبدى إلا عدد قليل من العملاء مشكلات فى الالتزام بالعلاج أكبر مما يبديه الأشخاص الذين يعانون إما من الإدمان فقط أو المرض النفسى فقط، ويتضح ذلك من خلال ضرورة اللجوء إلى التدخلات القوية مثل الإلزام غير الطوعى بالعلاج والسجن والعلاج بأمر المحكمة. وتتفاقم مشكلة الالتزام بالعلاج إذا ما صاحب إدمان الفرد للمواد المخدرة مرض نفسى. وتظهر الدراسات الأخيرة حول تطبيقات مقابلات الدافعية أنها واعدة فى مجال تعزيز الالتزام بالعلاج والاستمرار فيه بين هؤلاء الذين يعانون من مرض نفسى مصاحب لإدمان المخدرات. يراجع هذا الفصل تطورات مقابلات الدافعية مع هذه الفئة التى تمثل تحدياً.

عادة ما يشار إلى مصاحبة الاضطرابات النفسية لتعاطى المخدرات بالاضطرابات المزدوجة[١]؛ وقد أظهرت الدراسات الوبائية أن احتمال تعاطى المخدرات بين الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الصحة العقلية أعلى منه بين الأفراد العاديين، وتصل هذه المعدلات إلى أعلى مستوياتها بين الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلى حاد ومزمن مثل الفصام والاضطراب الوجدانى ثنائى القطب، حيث تصل معدلات انتشار تعاطى المخدرات على مدى الحياة بين الأشخاص المصابين بالفصام إلى (٤٨٪) بينما تصل بين مصابى الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب إلى (٥٨٪) أى ما يعادل أكثر من ثلاثة أضعاف المعدل العام (Regier et al., 1990). وتتراوح التقديرات الموضوعية الأخيرة أو الحالية لاضطرابات تعاطى المخدرات بين العينات المضطربة نفسيًا بين ٢٠٪ - ٦٥٪ (Mueser, Bennett, & Kushner, 1995; Regier et al., 1990). تثير هذه المعدلات المرتفعة للاعتلال المزدوج القلق، لأن تعاطى المخدرات يضعف من كفاءة الدواء المضاد للذهان ويعزز من نشاط الدوبامين، مما يؤدى إلى تفاقم الأعراض النفسية وغالبًا ما يتسبب فى وجوب الإقامة بالمستشفى (Bellack, 1992). ويزيد تعاطى المواد المخدرة أيضًا من خطر التفاعلات والمضاعفات والآثار الجانبية الضارة للدواء، بما فى ذلك تناول جرعات زائدة من قبيل الخطأ. علاوة على ذلك، فإن استخدام الكحول والمخدرات غير المشروعة يضعف الأداء المعرفى. ونظرًا لأن معظم الاضطرابات النفسية تصاحبها مشكلات فى إصدار الأحكام والانتباه والذاكرة، لذلك يسبب تعاطى المخدرات مزيدًا من هذا الضعف لقدرات التفكير، مما يزيد من مخاطر الضرر بين الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية (Bellack & DiClemente, 1999). كما يؤدى تناول الكحول وتعاطى المخدرات بين المصابين بأمراض عقلية إلى تفاقم جميع النتائج السلبية المرتبطة بالمرض العقلى الحاد مثل التشرد والسجن والبطالة والفقر والإصابة بالأمراض المعدية والعنف والانتحار (Mueser, Drake, & Noordsy, 1998). والأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطى المخدرات أقل التزامًا بالتدخل النفسى

---

١ Dual Disorders.

والدوائى (Jerrell & Ridgely, 1995) أكثر من غيرهم ممن يخضعون للرعاية العقلية، وبالتالى فهم يميلون إلى استخدام الخدمات الأكثر تكلفة مثل خدمات غرفة الطوارئ وتلقى العلاج بالمستشفى.

على الرغم من ارتفاع معدلات التصاحب بين الاضطرابات النفسية واضطرابات تعاطى المخدرات والمشكلات والتكاليف المتعلقة بذلك، هناك نقص تاريخى فى التنسيق بين علاج الاضطرابات المزدوجة، فعلى مدار سنوات يتم علاج اضطرابات تعاطى المخدرات من قبل متخصصين فى تخصصات كانت منفصلة عن علاج الصحة النفسية، وكانت نظم العلاج المنفصلة غير فعالة، إلى حد كبير، فى علاج الاضطرابات المزدوجة. وقد أشارت الدراسات المتعلقة بعلاج تعاطى الكحول والمخدرات إلى نتائج متسقة تشير إلى ضعف العلاج بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أعراض لأمراض نفسية (مثل، الدراسة الخاصة بمشروع MATCH, 1997a). وبالمثل، أبدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة، والذين يتعاطون الكحول أو المخدرات أسوأ النتائج فى مراكز رعاية الصحة النفسية (Mueser & Noordsy, 1996). وأدى عدم التنسيق بين أنظمة العلاج للاضطرابين (أى علاج اضطرابات تعاطى المخدرات واضطرابات الصحة النفسية) إلى نتائج ضعيفة وارتفاع معدلات التسرب من العلاج والانتكاسة.

وقد اتفق الخبراء بشكل عام منذ منتصف الثمانينيات من القرن العشرين على أن أفضل منحى لعلاج الأشخاص ذوى الاضطراب المزدوج هو ذلك الذى يدمج بين علاج تعاطى المخدرات مع علاج الأمراض النفسية؛ حيث يتم، فى إطار هذا المنحى المتكامل، إدراج علاج تعاطى الكحول والمخدرات ضمن العلاجات النفسية وخدمات التمريض والإرشاد وخدمات إدارة الحالة التى تقدمها فرق متعددة التخصصات ضمن برامج المجتمع للعلاج والصحة النفسية (Mercer-McFadden, Drake, Brown, & Fox, 1997). والافتراض الأول للعلاج المتكامل هو أن الرعاية طويلة الأجل تؤدى إلى أكبر تحسن واستقرار للأشخاص ذوى الاضطرابات المزدوجة. والافتراض الثانى لمنحى متكامل لمعالجة الاضطرابات المزدوجة هو أنه ينبغى أن يتناول العلاج التغييرات المستمرة فى دوافع

العميل للحد من تعاطى المخدرات. وهكذا، تشمل التوصيات الخاصة بالعلاج المتكامل منظوراً طولياً يستوعب التحولات فى التزام العميل بالعلاج و/ أو الإقلاع.

كشفت مراجعة شاملة لنتائج العلاج على مدى العقد الماضى (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo, & Bond, 1998) عن أن الرعاية المتكاملة تتميز بميزة متواضعة عن العلاج غير المتكامل؛ فعلى الرغم من إمكانية القول بأن النموذج المتكامل هو أفضل نماذج العلاج، مازالت المشاركة والاستمرار فى برنامج العلاج تمثل مشكلة، ومازالت برامج العلاج تشكو من ارتفاع معدلات التسرب، فقد وصلت إلى ٨٣٪ فى إحدى دراسات العلاج المقيم (Drake et al., 1998). ومع ذلك، عندما شارك العملاء الذين يعانون من الاضطرابات المزدوجة بنجاح فى برنامج علاج متكامل تحسنوا كثيراً، فبالإضافة إلى مكاسب رعاية الصحة النفسية، زاد معدل بقاء العملاء فى العلاج لمدة أطول. وارتبط تمديد المشاركة فى العلاج لمدة ثمانية عشر شهراً أو أكثر بخفض كبير لتعاطى المواد المخدرة واستخدام المستشفى وتحسن فى النتائج النفسية والاجتماعية. لذلك، تتمثل إحدى مهام القائم بالمقابلة الرئيسية لزيادة نجاح علاج الاضطرابات المزدوجة فى إدراج العملاء فى مراكز الرعاية بالعيادات الخارجية على المدى الطويل.

مقابلات الدافعية فى حالة الاضطراب المزدوج

أظهرت بحوث تجريبية حديثة فى مقابلات الدافعية نتائج إيجابية تمثلت فى زيادة معدلات المشاركة فى العلاج والالتزام به فى حالة الاضطرابات المزدوجة؛ فقد تم تطبيق مقابلات الدافعية على الأقل فى ثلاثة مجالات للالتزام الذى يؤثر على مشاركة المرضى فى العيادة الخارجية: بيئة العيادات الداخلية، وبيئة العيادات الخارجية، والالتزام بتناول الأدوية. وعلى الرغم من أن النتائج الخاصة بتأثير هذه المقابلات فى دراسات الالتزام بتناول الأدوية لم تكن حاسمة بشكل قاطع، أظهرت دراسات أخرى مكاسب محتملة لها. بصفة عامة، مازالت هناك حاجة لاختبار تطبيق هذه الأساليب بالكامل، ولكن النتائج الأولية تتسق إلى حد بعيد مع التأثيرات المرصودة للمقابلات الدافعية.

التحول من العيادة الداخلية إلى العيادة الخارجية

يتم إيداع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات المزدوجة فى العيادة الداخلية أكثر ممن يعانون من اضطرابات نفسية ولا يتعاطون الكحول أو المخدرات، وكذلك يقضى الأول عدداً من الأيام فى المستشفى أكبر من الثوانى، وبعد أن يستقروا فى المستشفيات النفسية لا يرجح أن يتابع مرضى الاضطراب المزدوج العلاج من خلال جلسات العيادة الخارجية (Axelrod & Wetzler, 1989، انظر الفصل العشرين). فمثلاً، كجزء من مراجعة ضمان الجودة، وجد الإكلينيكيون أن الأشخاص ذوى الاكتئاب المصاحب لاضطرابات تعاطى المخدرات يمتثلون للقيام بالزيارة المبدئية فى العيادات الخارجية بعد خروجهم من المستشفى بمعدل النصف مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من اضطراب تعاطى المخدرات (Daley & Zuckoff, 1998)، وهو ما يقرب من نصف معدل الإحالات المباشرة من المجتمع. وهكذا، ثبت أن العملاء الذين يعاونون من أسوأ الأعراض والإصابات يتعرضون لأكبر خطر فيما يتعلق بمتابعتهم العلاج بعد الخروج من المستشفى. هذا الأسلوب فى استخدام الخدمة مكلف ويسبب إحباطًا لمقدمى الرعاية، لأن عدم المشاركة فى العيادة الخارجية يزيد من خطر الانتكاسة ودخول العيادة الداخلية فى المستقبل.

أظهرت ثلاث دراسات نشرت فى أواخر التسعينيات من القرن العشرين أن جلسة مقابلة دافعية خلال العلاج النفسى بالمستشفى أدت إلى زيادة معدلات اشتراك العميل فى العلاج بالعيادة الخارجية بعد الخروج من المستشفى (Daley, Salloum, Zuckoff, & Thase,; Kirisci 1998; Daley & Zuckoff, 1998; Swanson, Pantalon, & Cohen,1999,). ووجد دايلى وزاكوف (Daley & Zuckoff, 1998) أن مقابلة الدافعية قبل الخروج من وحدة العيادة النفسية الداخلية بعدة أيام أدت إلى زيادة معدل الالتزام بالعلاج بمقدار الضعف تقريباً. ففى خلال مدة دراستهم، زاد التزام العملاء الذين يعانون من اضطراب مزدوج بحضور الجلسة المبدئية الأولى بعد خروجهم من المستشفى من ٣٥٪ إلى ٦٧٪. وتوصل دايلى وزملاؤه (Daley and Colleagues, 1998) إلى نفس هذه النتائج فى دراسة ميدانية عن مقابلات الدافعية لمجموعة لديها احتمال كبير للعودة للإقامة بالمستشفى

مرة أخرى بعد الخروج - (الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب المصاحب لإدمان الكوكايين). كما هو الحال فى الدراسة السابقة، أظهرت النتائج أن العملاء الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب المصاحب لإدمان الكوكايين الذين تم تعيينهم على التوالى لحضور جلسة من مقابلات الدافعية قبل خروجهم من المستشفى كان من المرجح أن يحضروا الجلسة الأولى. وأظهرت الدراسة الثالثة تأثيرا لمقابلات الدافعية على الالتزام بالرعاية اللاحقة بين ١٢١ مريضًا نفسيًا، ٧٧٪ منهم كان يعانى من اضطرابات تعاطى المخدرات مع المرض النفسى (Swanson et al., 1999). فى هذه الدراسة، أدى التدخل من خلال جلستين دافعيتين إلى زيادة معدل الالتزام بالجلسة المبدئية بعد الخروج من المستشفى إلى أكثر من الضعف (٤٢٪ مقابل ١٦٪). وأكمل مرضى العيادة الداخلية، الذين تم اختيارهم بشكل عشوائى على مجموعة مقابلة الدافعية، مقياس تقييم التغيير بجامعة رود أيلاند (مقياس جامعة جزيرة رودا لتقييم التغيير McConnaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989)، وهو مقياس للاستعداد للعلاج عند الدخول، ثم تلقوا جلسة لتوفير المردود المكتوب لمدة خمس عشرة دقيقة عن قياساتهم فى مقياس جامعة جزيرة رودا لتقييم التغيير. وتلقت مجموعة مقابلات الدافعية جلسة ثانية امتدت لمده ساعة قبل الخروج من المستشفى، وكانت عبارة عن مقابلة دافعية مفتوحة النهاية ركزت على العلاقة بين ظروف المريض النفسية الحالية والاستعداد للعلاج عند بداية الدخول فى المستشفى.

تشير الدراسات الثلاث السابقة إلى زيادة ملحوظة فى التزام مرضى العيادة الخارجية بالعلاج بعد تلقيهم لمقابلات دافعية كجزء من برنامج الرعاية بالعيادة الداخلية، تضاعفت معدلات حضور جلسات ما بعد العلاج من خلال تناول استعداد مرضى للعلاج بالعيادة الخارجية وتناول العقبات التى تواجه العلاج كجزء من الرعاية الداخلية. وقد حال دون تعميم نتائج اثنتين من هذه الدراسات غياب المجموعات الضابطة التى يتم اختيار أعضائها عشوائيًا، وكذلك صغر حجم العينات. وعلى الرغم من ذلك، تشير هذه النتائج إلى أن جلسة مقابلة الدافعية قبل الخروج من المستشفى يرجح أن تزيد من التزام العميل بالجلسة الأولى للعيادة الخارجية بعد خروجه من المستشفى.

رفع مستوى الالتزام بالعلاج

فى دراسة استطلاعية على مرضى العيادة الخارجية الذين يعانون من الاضطراب الـ (Martino, Caroll, O'Ml. [,] alley, & Rounsaville, 2000)، تم توزيع أفراد العينة عشوائيًا على مجموعتين، تلقت إحداهما جلسة من مقابلات الدافعية امتدت لمدة تتراوح بين ٤٥-٦٠ دقيقة تمهيداً لدخول برنامج علاج جزئى بالمستشفى (برنامج للإقامة بالعيادات الخارجية فى أثناء النهار فقط). وأبدت هذه المجموعة أساليب فى الحضور أفضل من المجموعة الأخرى التى تلقت مقابلة نمطية قبل الدخول فى المستشفى. واشتملت مقابلة الدافعية على تقديم مردود من خلال استبيانات ما قبل الدخول ضمت قياسات للأعراض النفسية وتصنيفًا لحدة إدمان الكحول وتعاطى المخدرات، وكذلك حجم استهلاك الكحول وتعاطى المخدرات مؤخراً، وأخيراً مدى نشاط التوازن فى اتخاذ القرارات. قارنت الدراسة الاستطلاعية الثانية (Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo, & Tonigan, 2000) بين ثلاث جلسات من مقابلات الدافعية وثلاث جلسات للعلاج التعليمى للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطى الكحول مع الفصام ويخضعون بالفعل لبرنامج علاجى فى العيادات الخارجية أو الداخلية. وقد شملت مقابلة الدافعية مردوداً عن "الفحص الطبى" وعندما يتسنى ذلك استراتيجيات لبدء إحداث تغييرات فى الشرب واستمرار فى هذه التغييرات. ركزت الجلسات التعليمية على المراحل وعلامات إدمان الكحول والاستراتيجيات المعرفية السلوكية لتحسين مستوى احترام الذات والكفاءة الذاتية للحد من الشرب. وعند المتابعة عند أربعة وثمانية أسابيع، انخفض استهلاك الكحول فى كل المجموعات، ولكن كان عدد أيام الشرب خلال فترات المتابعة لدى المجموعة التى تلقت جلسات دافعية أقل بكثير من مجموعة التدخل التعليمى. ولم تسجل الدراسة أى فروق بين المجموعات من حيث مجموع كمية الكحول المستهلكة أو فى قياسات الذروة لمستويات الكحول فى الدم. وعلى الرغم من صغر حجم العينة، فإنه كان هناك تأثير للعلاج يتراوح بين معتدل وكبير (د = ٠,٥٣) لدى مجموعة التدخل الدافعى، وكان من الأرجح إكمال هؤلاء العملاء ثلاثين يومًا أو تسعين يومًا من العلاج فى العيادات

الخارجية. كما حضروا عدداً أكبر من جلسات العلاج، وكان معدل رجوعهم للمستشفى أقل غالبًا من مجموعة العلاج المعتاد التى تضم عملاء بنفس التشخيص. علاوة على ذلك، احتفظ تسع من عملاء مقابلات الدافعية البالغ عددهم أحد عشر بالتعافى من الكحول وانخفاض مستمر فى التقارير الذاتية عن أعراض الاكتئاب خلال الثلاثين يوماً الأولى من العلاج بالعيادة الخارجية.

تشير هاتان الدراستان إلى أن مقابلات الدافعية واعدة وتبشر بالخير لتحسين التزام مرضى العيادة الخارجية بالعلاج والنتائج المرتبطة بذلك. كان التأثير على معدلات الحضور متواضعًا فى الدراسة الأولى، ولكن البحوث السابقة تشير إلى أن البرامج الموجهة التقليدية للامتناع عن الكحول والمخدرات، مثل الإقامة الجزئية بالمستشفيات، تسفر عن معدلات أقل من الالتزام بالعلاج لدى هذه الفئة من المرضى (Drake et al., 1998). الدراسة الثانية (Graeber et al., 2000) هى أول دراسة تثبت أن مقابلات الدافعية، كعلاج مساعد لمرضى العيادة الخارجية، تحسن من نتائج الشرب على المدى القصير لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة ومزمنة. واقتصرت كلتا الدراستين على عينات صغيرة الحجم، ومع ذلك، فإن تأثير مقابلات الدافعية، الذى يتراوح ما بين متوسط إلى كبير، على عدد مرات تناول الكحول جدير بالذكر حتى مع صغر حجم العينة، ونظرًا لأن المشاركين كانوا يعانون من عجز كبير.

الالتزام بالدواء

يعتبر الالتزام بتناول الدواء من العوامل المهمة المحددة لنتائج العلاج للأفراد الذين يعانون من مرض نفسى خطير (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt, & David, 1996)، حيث يكونون أكثر تناقضًا وجدانيًا فيما يتعلق بتناول الدواء عن أى مسألة أخرى. وتشتمل العقبات التى تحول دون الالتزام بالدواء عدم اعتراف المريض بالحاجة إلى الأدوية والآثار الجانبية لتناول الأدوية وتعاطى المخدرات والعجز المعرفى والدافعى (Bellack & DiClemente, 1999; Owen, Fischer, Booth, & Cuffel, 1996).

فشل ما لا يقل عن دراستين فى إثبات أن تدخلات الدافعية تزيد من نسبة الالتزام بتناول الدواء لدى المضطربين نفسيًا؛ ففى إحدى هاتين الدراستين، تلقى عملاء مجموعة، ممن يعانون من اضطرابات مزدوجة إما عقلية أو مزاجية، إما مقابلة دافعية أو مقابلة روتينية وذلك قبل دخولهم للمستشفى. ولم تكن هناك أى فروق بين المجموعتين فى الالتزام بتناول الدواء (Martino et al., 2000). وفى دراسة أخرى، تم توزيع واحد وعشرين مريضًا فى المستشفى عشوائيًا لتلقى من جلستين إلى ثلاث جلسات تمتد كل منها لمدة نصف ساعة عن الإدراة الذاتية لمسألة تناول الدواء (أى تناول المريض للأدوية فى مواعيدها بدون تدخل آخرين) وفى إطار مقابلات دافعية، ثم قام الإكلينيكيون بتقييم امتثال المرضى فى المدة ما بين شهر إلى شهرين بعد الخروج من المستشفى، ومرة أخرى لم يتم تسجيل أى فرق بين من تلقى هذه الجلسات وبين من لم يتلقها.

لم تجد الدراسات الأخرى التى أجريت فى المملكة المتحدة على عينات أكبر أن التدخل من خلال مقابلات الدافعية يحقق أفضل النتائج. ففى دراسة واحدة ضمت عينة من سبعة وأربعين من الذكور والإناث من المرضى الذين يتلقون العلاج بالمستشفى تم توزيعهم عشوائيًا إما لتلقى جلسة عن "الالتزام بالعلاج" أو لتلقى جلسات الإرشاد الداعمة الروتينية. تم تصميم جلسة العلاج "الالتزام بالعلاج" على أساس مبادئ مقابلات الدافعية والعلاج المعرفى للذهان. رأى المؤلفون أنه لم يكن من العدل تسمية تدخلهم باسم "مقابلات دافعية"، لأن موضوع الامتثال بالدواء قد أثير بغض النظر عما إذا كان المريض يرى أو لا يرى أنها مشكلة. ومع ذلك، فإن عناصر مقابلات الدافعية المستخدمة فى الدراسة اشتملت على التوازن فى اتخاذ القرارات واستكشاف الازدواجية والتناقض وتنميته والتأكيد على السلوكيات التكيفية. على هذا النحو، يمكن إدراج الدراسة تحت باب مقابلات الدافعية كما حددها بيورك **Burke** وأركوويتز **Arkowitz** ودون **Dunn** (الفصل السادس عشر من هذا المجلد). تلقى أفراد العينة فى مجموعة

التدخل ما بين أربع الى ست جلسات للامتثال بالعلاج، مرتين أسبوعيًا، امتدت كل منها ما بين عشرين إلى ستين دقيقة. وتم جمع قياسات النتائج عند الخروج من المستشفى، وكذلك فى المتابعة التى تمت بعد ثلاثة شهور وبعد ستة شهور. تحسنت معدلات الامتثال بالعلاج فى مجموعة التدخل باطراد على مدى الوقت، فى حين أن المجموعة الضابطة التى لم تتلق أى جلسات لم تتغير نسبيًا خلال فترات المتابعة الثلاث. وقد وصلت الزيادة فى الالتزام لدى مجموعة التدخل عند المتابعة التى تمت بعد ستة شهور إلى ٢٣٪ ووصل التوجه تجاه الدواء إلى أعلى مستوياته الإيجابية بعد التدخل ثم بدأ فى الانخفاض فى كل من المجموعات عند المتابعة التى تمت بعد شهر واحد، على الرغم من أن مجموعة التدخل لم تسجل معدلات أفضل كثيرًا فى التوجه تجاه الدواء. أحرزت مجموعة التدخل تقدما مطردًا فى الفهم والبصيرة فى المتابعتين اللتين تمتا بعد ثلاثة أشهر أو ستة أشهر، فى حين أن المجموعة الضابطة قد بدأت فى الانخفاض عند المتابعة التى تمت بعد ستة أشهر. لم تكن هناك فروق فى التقييم الشامل للأداء الوظيفى (GAF) بين المجموعتين عند نقطة خروجهما من المستشفى، ومع ذلك فإن التقييم الشامل للأداء لدى مجموعة التدخل واصل فى التحسن عند المتابعة بعد ثلاثة أشهر، فى حين بدأ فى الانخفاض فى المجموعة الضابطة، وبدأ فى الانخفاض فى كلتا المجموعتين عند المتابعة بعد ستة أشهر على الرغم من أن مجموعة التدخل ظلت أفضل حالاً بكثير (Kemp et al., 1996). وأكدت دراسة لاحقة، قامت بها نفس المجموعة، نتائج الدراسة السابقة. وزعت الدراسة الثانية عشوائيًا أربعة وسبعين مريضا بين مجموعة الالتزام بالعلاج والمجموعة الضابطة، وعند المتابعة التى تمت بعد ثمانية عشر شهرًا، حققت مجموعة التدخل للامتثال للعلاج معدلات أعلى فى الاستمرار فى العلاج والفهم والتوجه نحو العلاج والامتثال له، وكذلك سجلت معدلات أقل فى العودة إلى الإقامة بالمستشفى، وأحرزت مزيدًا من التحسن عبر الوقت فى التقييم الشامل للأداء (Kemp, Kirov, Everitt, Hayward, & David, 1998).

استراتيجيات زيادة الالتزام لدى مرضى العيادة الخارجية

زيادة الوعى بعدم الالتزام وأثره على الأعراض النفسية

يوجد وقت لدى العميل خلال إقامته داخل المستشفى لاستكشاف أحداث حياته دون تشويش ودون تأثير مضاعفات الكحول أو المخدرات غير المشروعة، وهذا يوفر فرصة للإكلينيكى لرفع مستوى وعى العميل بالعلاقة بين عدم الالتزام بالعلاج والأزمة الناتجة عن ذلك. وقد شملت العناصر العامة للدراسات الاستطلاعية الناجحة الخاصة بمقابلات الدافعية مع مرضى العيادة الداخلية العناصر التالية لزيادة الالتزام بالعلاج:

- تأكيد الاعتراف بالمشكلات والحاجة إلى المساعدة.
- استكشاف أسباب العميل لعدم استخدام الخدمات العلاجية.
- استكشاف دور العميل فى التحسن.
- مناقشة اختيارات العلاج المتاحة.

استثارة مزايا عدم الالتزام بالعلاج من العميل وعيوبها

يمكن أيضاً استثارة التزام العميل بحضور الجلسة الأولى من خلال دراسة إيجابيات وسلبيات عدم الالتزام بالعلاج. كما ثبت أن التركيز على الحفاظ على الحريات الشخصية، من خلال استخدام خدمات العيادة الخارجية، بدلا من القيود المفروضة فى العيادة الداخلية، يمكن من الحصول على بيانات خاصة بالرغبة فى الالتحاق بالرعاية الخارجية الأقل تغلغلا فى حياة المريض (مثال: "عندما تتلقى العلاج داخل المستشفى فإنك تفقد حريتك فى التصرف والحركة. ما رأيك فى ذلك؟ كيف يمكن تجنب ذلك فى المستقبل؟"). هناك استراتيجية أخرى لإثارة عبارات الدافعية الذاتية فيما يتعلق بحضور جلسة أولية للعيادة الخارجية تتمثل فى توجيه أسئلة مفتوحة حول كيفية ربط

الأزمة الأخيرة بعدم الالتزام ببرنامج العلاج الحالى، (مثل "من أو ماذا يمكن أن يساعدك فى منع هذه النكسة؟"). يمكن تلخيص العملية الجارية فى مثل هذه المقابلة فى ممارسة التوازن فى اتخاذ القرارات التى تنتزع أسباب استخدام العلاج مقابل عدم استخدامه، بما فى ذلك العقبات التى تعترض الرعاية. يوضح الإطار (١-٢٤) مختصراً للتوازن فى اتخاذ القرارات خلال تلقى المرضى للعلاج فى العيادة الداخلية.

الإطـــار (٢٤-١)

التدريب على التوازن فى اتخاذ القرار

أسباب حضور العلاج		أسباب حضور العلاج	
المكاسب	التكاليف	المكاسب	التكاليف
لا أحد يضايقنى	تكلفة الأوتوبيس التداخل مع أنشطة أخرى الإقلاع عن الشرب لا أحد يضايقنى	الدعم من فريق العمل الأدوية والعلاج البقاء ممتنعًا عن الشرب أعراض أقل	الانتكاسة إصابة الأسرة بخيبة الأمل السجن العودة للمستشفى فقد احترام الذات – الاكتئاب

بناء دافعية التغيير فى مشكلة تعاطى المخدرات

مقابلة مفتوحة النهاية

قد تستهل المرحلة الأولى من المقابلة المفتوحة ببساطة بطرح الأسئلة والتمعنات والتقارير المختصرة عن حديث العميل عن التغيير وتمضى نحو زيادة التباين بين السعادة والراحة النفسية والاجتماعية من جهة وتعاطى المخدرات من جهة أخرى. ويتم التركيز، من خلال هذه الاستراتيجيات، على استثارة اعتراف العميل بكيفية تفاعل تعاطى الكحول والمخدرات مع الاضطرابات النفسية. ويمكن استثارة عبارات الدافعية الذاتية عن تأثير الكحول وتعاطى المخدرات على الأعراض المعرفية أو مشكلات أخرى من خلال توجيه أسئلة مفتوحة. فيما يلى مثال لكيفية إجراء المعالج لهذه الجلسة مع أحد العملاء الذى دخل المستشفى مؤخراً.

المرشد النفسى: لقد قلت لى كيف إنك شربت أكثر من المعتاد عندما كنت فى حالة هوس، لقد كنت فى معركة، وتم استدعاء الشرطة للتدخل، ماذا حدث بعد ذلك؟

العميل: لقد أحضرونى إلى المستشفى هنا.

المرشد النفسى: ما هو أسوأ ما فى كل هذا؟

العميل: الشعور بما أنا فيه الآن، إنه لشىء يدعو للبؤس.

المرشد النفسى: أنت تشعر بشعور سيئ حقًا. ما هى بعض الأشياء التى كنت تفكر فيها فى أثناء وجودك هنا؟

العميل: كيف خذلت أسرتى.

المرشد النفسى: من أى جهة؟

العميل: آخر مرة كنت فيها هنا أصابهم شعور سيئ للغاية، وعدتهم أننى لن أضعهم فى مثل هذا الموقف مرة أخرى.

المرشد النفسي: ولكن تغير شيء ما.

العميل: لقد عاودت الشرب مرة أخرى.

المرشد النفسي: تعتقد أن الشرب لعب دوراً في هذه الانتكاسة.

العميل: لقد توقفت عن حضور مواعيد لقائي بالطبيب، ثم زاد تناولي للحكول من كأس واحدة أو اثنتين إلى البقاء في الحانة طوال اليوم. بعد مدة، كنت أنسى تناول الدواء.

المرشد النفسي: أدى شربك للكحول في النهاية إلى عدم لقاء طبيبك ونسيان تناول الدواء.

المردود

عندما يكون الوقت مناسباً، قد يستخرج المعالج عبارات من العميل نفسه عن المخاطر والتأثير النفسي الضار للكحول والمخدرات في أثناء مقابلة تتلخص في صيغة "استخرج - وفر - استخرج" التي وصفها رولنيك وماسون وباتلر (Rollnick, Mason and Butler, 1999). فمثلاً، قد يقول عميل ما يلي رداً على سؤال يستفسر عن كيفية تأثير الشرب على حالة الاكتئاب لديه:

العميل: حسناً، شعرت في البداية بأنني بحالة جيدة جداً، ولكن بعد شرب اليوم كله شعرت بفقد الوعي، ثم أشعر بإحساس رهيب.

المرشد النفسي: إذن الشرب يساعدك على تحسين المزاج في البداية، ولكن المشاعر السيئة تعود مرة أخرى في وقت لاحق.

العميل: نعم، مثل اليوم أشعر أنني في حالة ميئوس منها.

المرشد النفسي: تشعر اليوم بإحباط شديد. تعلم أنك كنت تشعر في الأسبوع الماضي بتفاؤل أكثر، ترى لماذا؟

العميل: حسنًا، أحد الأسباب أننى لم أشرب.

المرشد النفسى: هذا صحيح. إنك لم تتناول الكحول لمدة ثلاثة أيام وتحسن مزاجك. كم تعرف عن تأثير الشرب على المزاج؟

العميل: أعرف فقط أنى أشعر بمزاج سيئ.

المرشد النفسى: هل تمانع أن أخبرك قليلاً عما أعرف فى هذا الشأن؟

العميل: لا مانع على الإطلاق.

المرشد: يسبب الإيثانول هبــوطًا للجهــاز العصبى المركـزى، وتأثيره الكيميائى هـو الاكتئـاب.

العميل: حقا؟

المرشد النفسى: أنت لست على يقين مما يعنى هذا.

العميل: حسنا، أنا آخذ هذا الدواء لأشعر بتحسن.

المرشد النفسى: نعم.

العميل: ربما يعطل الكحول عملها.

المرشد النفسى: نعم، هـــذا صحيح. أنت تتنــاول أدوية للحـــد من الاكتئـاب بينما تستمر فى تناول الكحـــول الذى له تأثير كيميائى يــؤدى إلى زيادة الاكتئــاب. ما رأيك فى ذلك؟

العميل: لن أشعر بتحسن إذا تماديت فى الشرب.

أدى منحى "الفحص" الذى انتهجه جرابير وزملاؤه Graeber (٢٠٠٠) إلى خفض تناول الكحول بين مرضى الفصام بالعيادة الخارجية؛ حيث يمكن تعديل المردود ليشمل قياسًا للمشكلات العاطفية للعملاء ذوى الاضطرابات المزدوجة. على سبيل المثال، يمكن إدراج قياس حدة الأعراض النفسية كمردود شخصى لرفع الوعى بكيفية ارتباط الأعراض

بالتغييرات فى تعاطى المخدرات. العروض البيانية لأساليب التعاطى على مدى العمر كله أو الشهر أو الأسبوع الماضى هى من الاستراتيجيات الملموسة لجعل العميل يتحدث عن التغيير، وقد تكون مفيدة أيضًا فى إبراز العلاقة بين تعاطى المخدرات والتصعيد فى الأعراض الجسدية والاجتماعية أو النفسية والإقامة بالمستشفيات. من المهم أيضًا لهذه الفئة من المرضى أن يتم قياس التأثير المتوقع من خلال تقييم مدركات العميل للمكاسب المتوقعة لمادة مخدرة معينة؛ فكثيرًا ما يعتقد الأشخاص ذوو الاضطرابات المزدوجة أن المخدرات والكحول هى أفضل الوسائل للتخفيف من حدة الأعراض النفسية التى يعانون منها (مثل الاكتئاب والهلاوس السمعية والقلق الاجتماعى والشعور بالوحدة والعزلة... إلخ). وتوضيح العلاقة بين المعتقدات وتعاطى المخدرات يفتح الباب أمام المعتقدات التى تمثل تحديًا وتعديل الإدراك وزيادة الالتزام بالتدريب على المهارات.

مجموعات الدافعية غير المجدولة

يمارس مركز الصحة العقلية بجامعة نيو مكسيكو حاليًا منحى جديدًا لزيادة الالتزام بالعلاج بين مرضى الاضطرابات المزدوجة فى العلاج فى سياق إكلينيكى. قد يؤثر هذا الأسلوب على دخول العملاء الذين يعانون من اضطرابات مزدوجة فى العلاج بالعيادة الداخلية، حيث يمكن دمج هذه المجموعات الدافعية ضمن برنامج أوسع نطاقا مقسم لمراحل للتدريب على المهارات وللوقاية من الانتكاسة. وتتلخص مزايا هذه المجموعة فى أنه يمكن للعملاء أن يجربوا عينة من علاج تعاطى المخدرات مع أقل حد من الالتزام بتغيير وأن المجموعات متاحة ويمكن الوصول إليها. تعترف هذه الصورة من المجموعات بعدم وجود نظام لدى العملاء الذين يتعاطون الكحول أو المخدرات الذين هم أقل قدرة على التذكر ومتابعة مواعيد المتابعة العلاجية. ولتشجيع الحضور، يتم تقديم المجموعات داخل العيادات العلاجية التى يحتمل أن يوجد فيها العملاء ذوو

الاضطرابات المزدوجة. توفر مجموعات الدافعية هذه فرصة مبتكرة للعملاء لاستكشاف التناقض داخلهم إزاء التغيير. يوجه المعالج بلطف العملاء من خلال التدريبات التى تحدث التغيير. على الرغم من أنه لم يتم اختبار هذا الشكل من التدخل بعد، تشير الشعبية المستمرة للمجموعة فى عيادة نيو مكسيكو إلى أن هذه الآلية قد تسد حاجة مهمة للعلاج لدى العملاء ذوى الاضطرابات المزدوجة فى أثناء المراحل الأولى من التغيير. ويكون الهدف فى المراحل المبكرة من مشاركة العميل فى العلاج هو الحضور ضمن المجموعة وليس التغييرات المعرفية أو السلوكية. والالتزام بالامتناع عن تعاطى المواد المخدرة أو أى صورة من صور التغيير اختيارياً، ويشرح للعميل أن الآخرين فى المجموعة يماثلونه فى التناقض داخلهم حول التغيير ويريدون مجرد بيئة آمنة غير ضاغطة لاستكشاف أفكارهم عن الشرب وتعاطى المخدرات.

قضايا خاصة بالاضطراب المزدوج

خفض الضرر أم التوقف؟

نظراً لأن تعاطى المخدرات ولو بكميات قليلة أو بصفة غير متكررة نسبيًا يعطل السلوك ويؤدى إلى عواقب وخيمة، مثل فقدان السكن، لذلك يركز العلاج فى مراحله المبكرة على تعاطى المخدرات. ومع ذلك، لا يسعى العملاء الذين يعانون من اضطرابات مزدوجة نفسية واضطرابات تعاطى المخدرات عمومًا إلى تغيير تعاطيهم للكحول والمخدرات فى المراحل الأولى من العلاج النفسى، ولذلك فمن المرجح أن يستمر هؤلاء فى الشرب أو تعاطى المخدرات خلال المراحل الأولى من المشاركة فى العلاج أو حتى طوال مدة العلاج. وكثيراً ما يكون زيادة الدوافع للحد من الضرر أو فترات الامتناع عن المخدرات هو أفضل الخيارات للمعالج.

من أين نبدأ؟

عادة ما يعانى هؤلاء المصابون باضطرابات مزدوجة، بسبب إدمان الكحول واضطرابات تعاطى المخدرات، من عجز متعدد ومضاعفات متنوعة، وبالتالى قد تركز التدخلات الدافعية على تغير العديد من السلوكيات فى وقت واحد، مثل الالتزام بمواعيد العلاج والالتزام بالأدوية والحد من تعاطى المخدرات، أو هدف واحد مثل الالتزام بالأدوية واستقرار الأعراض. ويبدأ الفريق خطة العلاج التى تتناول مجالات متعددة مثل الخدمات النفسية، وإدارة الحالة، والتمريض، وخدمات العلاج النفسى، وتعاطى المخدرات. ويضع مقدمو العلاج تسلسلاً هرميًا لأهداف العلاج آخذين فى الاعتبار الاحتياجات الأساسية والسلامة ضمن الأولويات. إنها فى النهاية مسئولية العميل فى اختيار كيفية المضى قدمًا فى العلاج، والتى يتم تحديدها من خلال الاستعداد لعمل التغيير. يمكن استخدام أداة لقياس سلوكيات متعددة للمساعدة فى عملية صنع القرار، كالمثال المقدم فى الإطار (٢٤-٢).

الخلل المعرفى

من المعروف أن الأفراد الذين يعانون من مرض عقلى حاد لديهم مشكلات فى التفكير المجرد والتركيز والذاكرة العاملة؛ وبناء على ذلك، من المهم تبنى استراتيجيات التدخل لاحتواء هذه المشكلات، مثل الكتابة على السبورة والتكرار وعمل قوائم. وسيكون مفيداً استخدام طريقة ملموسة لإجراء عملية استكشاف إيجابيات وسلبيات تعاطى الكحول والمخدرات. مثلاً، إعطاء العملاء بطاقات ملونة (كاللون الأحمر لأسباب الإقلاع عن المخدرات) ليأخذوها معهم بعد الجلسة، بمثابة استراتيجية لاستثارة سلوك التنظيم الذاتى بعد انتهاء الجلسة. فالعميل مريض الفصام الذى كتب أسباب امتناعه عن الميثامفيتامين على بطاقة، يحتفظ بها فى محفظته، يستخدم هذه الأداة الخارجية لمقاومة الرغبة فى تعاطى المخدرات. وهناك أسلوب آخر ملموس لإجراء هذا التمرين

يتمثل فى تكديس الكتل فى كومتين ثم مراجعة "أيهما أكبر؟" يساعد استخدام الوسائل البصرية، عند الإمكان، مثل الرسوم أو الخرائط البيانية، فى فهم المردود المعيارى. ومن الأفكار الجيدة تقديم مردود عبر جلسات متعددة قصيرة فى وحدات قابلة للاستيعاب مع مزيد من الأفراد ذوى الضعف المعرفى. بصفة عامة، ينصح بأن يتم ذلك بإيقاع بطىء مع السماح ببعض الوقفات لطرح الأسئلة والتوضيحات.

الإطار (٢٤-٢)

مقياس الاستعداد للتغيير

كم أنت مستعد لتفعل شيئاً للتغيير؟	لست مستعداً	غير متأكد من ذلك	أفكر فى ذلك	مستعد	مستعد جداً
أكتب فى الموضوعات الممكنة					
الإقلاع عن الشرب			×		
الإقلاع عن التدخين	×				
تناول الدواء					
إيجاد مكان آمن للعيش فيه					×
تكوين صداقات جديدة مع					×
أفراد غير مدمنين				×	

نظراً لأن مرضى الفصام العقلي يعانون تنوعًا من الخلل المعرفي والعصبي الحيوي والاجتماعي، ولا سيما في وظائف الأداء، قدم بلاك وديكليمنتي (Bellack & DiClemente, 1999) حجة دامغة على أنهم سيكونون عاجزين عن الحفاظ على السلوك المقصود (مثل، متابعة الالتزام الذي أثارته مقابلة الدافعية) قبل اكتساب المهارات اللازمة للقيام بذلك. وقد يؤدي نموذج العلاج، مثل ذلك الموضح تحت عنوان "وضع عناصر البرنامج العلاجي معًا: نموذج إكلينيكي (انظر بعد)" والذي يوفر التدريب على المهارات مثل مهارات رفض المخدرات حتى قبل التوصل إلى الالتزام بالإقلاع، إلى تعزيز تحقيق الهدف عند زيادة الرغبة أو النية في التغيير.

عدم تجانس المجموعات

معظم الذين يخضعون للعلاج في أي بيئة للرعاية الإكلينيكية ممن يعانون من اضطرابات مزدوجة مختلفين عن بعضهم بعضاً؛ حيث يختلفون فيما بينهم في عدد وطبيعة الاضطرابات العقلية، ودرجة حدة تعاطي المخدرات، والإعاقات الطبية، والوظائف الإدراكية، والعديد من المتغيرات الأخرى التي لا تهمنا هنا. وبالتالي يمثل توفير خدمات في شكل مجموعة بهذا التنوع تحديًا كبيراً (انظر الفصل الخامس والعشرين). فالشاب الذي يريد الإقلاع عن إدمان الكوكايين ودخل مؤخراً في علاج الأمراض النفسية فور إصابته بأزمته الذهانية الأولى، وليس لديه رغبة في تغيير نمط حياته يمثل مشكلة علاجية مختلفة عن رجل في الخمسين من عمره يعاني من مرض في الكبد ويتناول ميثادون لإدمانه الهيروين والكحول. وقد يضع الموضوع المشترك، الخاص بالتناقض الوجداني والازدواجية في تغيير سلوك تعاطي المخدرات، كلا العميلين معًا في مجموعة ممن يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير أو مجموعة من يفكرون في التغيير. فهذه هي القواسم المشتركة التي يمكن تأسيس محتوى المجموعة على أساسها. ومن الطبيعي أن يوجد عديد من الأفراد الذين لا يستطيعون الاستفادة من العلاج خلال المجموعة، ولذلك يجب أن تتوفر التدخلات الفردية (مثل إدارة الحالة) كعلاج بديل.

إشراك "آخرين مهمين" / "مديرو الحالة

تشمل الاستراتيجيات التى أظهرت فاعليتها فى إشراك عملاء الاضطرابات المزدوجة فى العلاج واستمرارهم فيه منافذ تأكيدية فى المجتمع وإزالة الحواجز من خلال المساعدة العملية مثل السكن المستقر والمواصلات وإدارة الحالة وإدارة الطوارئ من خلال عوامل التدعيم مثل استخدام الفواتير والدعم الاجتماعى. إن تطبيق مبادئ مقابلات الدافعية فى مكونات العلاج، والذى أثبت فاعليته فى إشراك العملاء ذوى الاضطرابات المزدوجة فى العلاج واستمرارهم فيه يرجح أن يعزز من فاعليتهم، وعلى وجه التحديد قد يشارك مديرو الحالة أو الآخرون الداعمون المهمون فى مقابلات الدافعية (مثل جلسات تقديم المردود - انظر الفصل الثالث والعشرين من هذا المجلد). علاوة على ذلك، يزيد هؤلاء من احتمال متابعة العملاء ذوى الاضطرابات المزدوجة خطة التغيير، ويستطيع هؤلاء الآخرون القيام بما يشبه دور "الرافعة" فى المجتمع لدعم جهود التغيير. وينطبق ذلك بصفة خاصة على الأشخاص الذين يعانون من مشكلات فى الانتباه مع مشكلات فى الذاكرة أو العجز المرتبط بالفصام، مما يصعب بداية ومتابعة نيات وخطط تغيير السلوك.

وضع عناصر البرنامج العلاجى معاً - نموذج إكلينيكى

يقوم البرنامج الذى أطلقته جامعة نيو مكسيكو منذ عدة سنوات مقام أحد الأمثلة لمنحى متكامل قائم على مراحل؛ حيث تقوم مجموعة مرضى العيادة الخارجية كنواة ومحور لعلاج تعاطى المخدرات والمشكلات المرتبطة به بين الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلى حاد فى إطار المركز المجتمعى للصحة العقلية (انظر إطار ٢٤-٣). يتم إحالة العملاء إلى المجموعة على أساس:

(١) استعداد العميل العام لتغيير سلوك تعاطى المخدرات الذى يمثل المشكلة الأكبر، بناء على "مقياس الاستعداد لمراحل التغيير واللهفة للعلاج (SOCRATES)[١].

---

١ SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Scale.

(٢) الرغبة فى المشاركة فى مجموعة.

(٣) القدرة على الاستفادة من العلاج.

(٤) مواجهة العجز فى المهارات (أى ما إذا كان المرضى "مستعدين وراغبين وقادرين".

يرتكز البرنامج على نموذج للتعلم الاجتماعى لعلاج اضطرابات تعاطى المخدرات؛ فيتم تحديد احتياجات المرضى للتدريب على المهارات، من خلال تحليل وظيفى لتعاطى المخدرات والمشكلات ذات الصلة (على سبيل المثال التدريب على المهارات الاجتماعية لخفض الشرب كاستراتيجية للمواجهة فى المواقف الاجتماعية) عند بداية العلاج، وكذلك من خلال مدخلات العملاء أو أعضاء الفريق، ثم يتم دمج هذه الاحتياجات فى خطة العلاج النفسى الاجتماعى. تشتمل أهداف العلاج على إحداث تغييرات سلوكية معينة (مثل الإقلاع عن تعاطى الكوكايين بنسبة ٩٠٪ خلال الثلاثة شهور القادمة). ويتم التفاوض مع العميل فيما يتعلق بالمشاركة فى العلاج (مثلا عدد المجموعات التى سيحضرها خلال الأسبوع). فى محاولة للإقلاع عن الكوكايين، قد يحضر المريض المجموعة يوميًا نحو تحقيق الهدف. ويتم هيكلة برنامج المجموعة بحيث قد ينضم المرضى بمجموعات مرحلة العمل من أجل التغيير أو مرحلة الحفاظ على التغيير فى أى وقت مع مرورهم بمرحلة الاستعداد لتغيير سلوكيات معينة. يصف الإطار (٢٤-٤) المجموعات المطابقة لمراحل التغيير التى يتم تعيين الأفراد فيها. وقد يكون العملاء الذين يشربون الكحول ويتعاطون مخدرات متعددة فى مراحل مختلفة من الاستعداد للشرب أو تعاطى المخدرات أو ممارسة سلوكيات سيئة أخرى (مثل عجز فى المهارات الاجتماعية)، وبالتالى قد يحضرون فى مجموعات الخروج من مشكلة الكحول، بينما يحضرون مجموعات التدريب على المهارات الخاصة بمخدرات أخرى أو مشكلات أخرى. على سبيل المثال، قد يرى العميل أن إدمانه للكوكايين أكثر تدميرًا له؛ حيث إنه يسبب له الاعتقال ودخول المستشفى قسرًا، لكنه يستمر فى شرب الكحول بإفراط من وقت لآخر،

وداخله تناقض فيما يتعلق بتغيير شربه، لأنه يمثل جـزءًا كبيرًا من تفاعله الاجتماعى. مثال آخر أن يكون العميل الذى يعتقد أن قلقه يرتبط بعجزه فى المهارات الاجتماعية، ولديه دافع لكى يدخل فى تدريب على هذه المهارات، ولكنه ليس لديه أى خطة لتقليل تعاطيه للمخدرات. على الرغم من ذلك، قد يمتد تعلم وممارسة تأكيد الذات إلى ممارسة رفض المخدرات، أو قد تؤدى زيادة الكفاءة الذاتية فى المواقف الاجتماعية إلى تقليل الرغبة فى الكحول والمخدرات.

تضم مـزايا هذا المنحى المرونة والمنظور طويل الأجل - حيث يستطيع العملاء المشاركة في مجموعات متعددة فى نفس الوقت - ويعترف بالطبيعة الدائرية والتداخل بين المراحل. وأهم عيوب هذا المنحى أنه لم يتم دراسة نموذج العلاج، حيث تم تطوير المكونات المنفصلة للتدخلات الدافعية ومقابلات الدافعية - مثل أسلوب الإرشاد - والتدريب على المهارات من طرق تجريبية فى الأساس، لكن فاعلية هذه المناحى للاضطرابات المزدوجة لم تتقرر بعد.

إطار (٢٤-٣): نموذج العلاج الجماعى المرحلى المتكامل للاضطرابات المزدوجة

مرحلة ما قبل اعتزام التغيير.	مرحلة اعتزام التغيير.	مرحلة العمل للتغيير.	مرحلة الحفاظ على التغيير.
مقابلات الفحص الفردى.		أدوات التغيير.	مرحلة الحفاظ
مجموعات الحديث عن التغيير.		ممارسة التغيير.	على التغيير.

إطار (٢٤-٤): نموذج العلاج الجمعى المرحلى المتكامل للاضطرابات المزدوجة

- الحديث عن التغيير: يتم إحالة الأفراد الذين يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير أو فى مرحلة اعتزام التغيير إلى هذه المجموعة. قد يكون هدف هذه المجموعة هو مجرد الحضور مقابل تغييرات معرفية أو سلوكية أخرى. يتم شرح المجموعات للعملاء، حيث إن "الحديث عن" التغيير قد يروق لأولئك الذين لا يعترفون بالمشكلة أو ليس لديهم نية للتغيير. يتم تنفيذ التدريبات الدافعية. على سبيل المثال، سيكون من المفيد العمل من خلال قائمة بمزايا وعيوب على سبورة يسهل مسحها. هناك تدريب آخر عبارة عن إشراك المجموعة فى مناقشة عن مراحل التغيير ورسم عجلة للتغيير على السبورة وتوجيه أسئلة للمشاركين فى المجموعة لتحديد موضعهم على عجلة التغيير هذه وما يحتاجون للتحرك عليها. أخيراً، غالبًا ما تقوم المجموعة برسم خطة للتغيير كوسيلة لانتقال الأفراد، فى الوقت المناسب، إلى المجموعات الأكثر توجها للحركة (أى عندما تشير التقارير الذاتية الدافعية إلى الانتقال فى المرحلة).

- أدوات التغيير: يتم تقديم فصول تعليمية للمواجهة المعرفية السلوكية للأفراد بمجرد بدء اعتناقهم للتقارير الذاتية الدافعية ويصبح من الواضح أنهم ينتقلون إلى مرحلة الإعداد للتغيير. تستهدف هذه الفصول الدراسية التى تمتد إلى ستة أسابيع العجز فى المهارات المرتبط بكل من الاضطراب العقلى واضطراب تعاطى المخدرات. على سبيل المثال، قد يتم تعيين الأفراد ذوى الاضطرابات المزدوجة لحضور فصل للهيكلة المعرفية وفصل لتأكيد الذات وفصل لحل المشكلات.

- ممارسة التغيير: غالبًا ما يتم تشجيع الأفراد فى مرحلة العمل للتغيير على الانضمام لمجموعة أو أكثر من مجموعات ممارسة التغيير فى نفس وقت تلقى دروس "أدوات التغيير". يساعد المدرب فى هذه المجموعات العملاء على تطبيق المهارات الجديدة التى اكتسبوها حديثا فى سلوكياتهم وظروف حياتهم.

- الحفاظ على التغيير: يقدم للأفراد فى مرحلة الإبقاء على التغيير منهج للوقاية من الانتكاسة يمتد لستة أسابيع ويرتكز على نموذج جولدن ومارلت (Marlatt and Golden) يعرف هذا النموذج بثلاثين يوما بدون الكحول أو المخدر خلال التسعين يومًا الماضية). يستلزم حضور هذه المجموعه أيضًا الانتهاء بنجاح من دروس "أدوات التغيير" وبعض المشاركة فى "مجموعات ممارسة التغيير".

ملخص ونتائج

تشير أبحاث مقابلات الدافعية الحديثة إلى أن هذا المنحى فعال لضمان دخول وبقاء العملاء الذين يعانون من اضطرابات عقلية مع اضطرابات تعاطى المخدرات فى العلاج، وهذا مهم من حيث إنه يسفر عن تحسن كبير فى كل من مشكلتى تعاطى المخدرات ومشكلاتهم النفسية (Drake et al., 1998).

أدت استراتيجيات مقابلات الدافعية التى تم تبنيها لاستكشاف التناقض الوجدانى والازدواجية حول المشاركة فى الجلسة المبدئية لمرضى العيادة الداخلية إلى مضاعفة معدلات الالتزام بحضور جلسة أولية فى العيادة الخارجية بعد الخروج من المستشفى. كذلك أسفر إدخال تعديلات على تدخل "قائمة الفحص" لاستكشاف العلاقة بين تعاطى المخدرات والاضطرابات العاطفية فى إحدى الدراسات الأولية عن خفض عدد أيام تناول الكحول بين مرضى الفصام المشاركين بالفعل فى العلاج. وهكذا، لمقابلات الدافعية إمكانية محتملة لزيادة الالتزام بالعلاج وتغيير السلوك عندما تدمج فى الصحة النفسية أو الخدمات العلاجية الأخرى.

هناك حاجة إلى بحوث مستقبلية لتوضيح مزايا مقابلات الدافعية التى تقدم فى شكل مجموعة، وهى الآلية النموذجية لتوفير التدخلات العلاجية فى معظم مراكز الصحة النفسية. والدعم التجريبى لتأثير مقابلات الدافعية مع عينات تعانى من اضطرابات مزدوجة متواضعة؛ حيث تقتصر البحوث الحالية على دراسات على عينات صغيرة ولا تتوفر فيها مجموعات ضابطة. ستحدد الدراسات على أعداد أكبر وأشمل، والتى ستضم مجموعات ضبط مكاسب مقابلات الدافعية كجزء من العلاج المتكامل للاضطرابات المزدوجة.

الفصل الخامس والعشرون

مخاطر وإمكانيات مقابلات الدافعية الجماعية

SCOTT T. WALTERS, RICHARD OGLE, and JOHN
E. MARTIN

هل تعد فكرة مقابلة الدافعية الجماعية ناضجة تمامًا أم بعض الشيء فحسب؟ لقد وصل فحص وتطبيق مقابلات الدافعية الفردية الآن إلى مفترق الطرق، حيث يجب البحث عن إجابة للسؤال التالي: هل يمكن إجراء مقابلات الدافعية في مجموعات؟ يترتب على إجابة هذا السؤال نتائج وتطبيقات مهمة: فالعلاج الجمعي أقل تكلفة من العلاج الفردي ويمكن أن يخدم عدداً أكبر من المرضى من خلال عدد أقل من المعالجين، كما يوفر العلاج الجمعي فرصًا إضافية للمشاركين للقيام بلعب الدور وللدعم الاجتماعي. لهذه الأسباب، هناك دفع لتبنى مناخٍ فردية فعالة من مقابلات الدافعية فى صورة مجموعات على الرغم من وجود بعض المسائل التى لم يتم حلها بعد. فمثلاً، قد تتفاقم المقاومة التى نراها فى المقابلات الفردية وتزداد تعقداً فى وجود آخرين، بينما قد تقل بعض العناصر الأخرى التى نحاول زيادتها مثل التباين.

يتناول هذا الفصل مخاطر وإمكانيات مقابلات الدافعية الجماعية (GMI)[1] من خلال أربعة أقسام، حيث نبدأ بمراجعة وتحليل للنتائج الإمبيريقية المبكرة لتطبيقات التوجهات الدافعية الجماعية، تلى ذلك مناقشة الأدلة التى تثبت أنه يمكن إجراء مقابلات الدافعية فى سياق مجموعات مع حد أدنى من التضحية بالمصداقية، ثم تحولنا إلى العملية نفسها؛ حيث أوردنا مناقشة تفصيلية لكيفية عمل مقابلات الدافعية الجماعية مع مختلف الأشخاص والمواقف، وكذلك تناولنا المسائل، والمسائل التى ترد بالضرورة عند تنظيم هذا النوع من المقابلات، وأخيراً ختمنا الفصل بتقديم توصيات ومقترحات مهمة للبحوث المستقبلية والتطبيقات الإكلينيكية.

وضع مقابلات الدافعية الجماعية

إدمان الطلبة للكحول

فيما يتعلق بالطلاب من مفرطى الشرب، نحن على علم بثلاث دراسات استخدمت مقابلات دافعية جماعية، وكانت النتائج محيرة. تم تنظيم الدراسات الثلاث فى صورة جلسة واحدة لكل منها يليها تقديم مردود شخصى. ضمت الدراسة الأولى التى قام بها ميلر Miller وبينيت Bennett ووالترز Walters (٢٠٠٠) على عينة من طلبة الجامعة من مفرطى شرب الكحوليات فى محاولة لتحديد الفاعلية المضافة عند إضافة مكون توفير المردود من خلال البريد إلى جلسة تثقيف نفسى مقدمة فى نمط دافعى امتد لمدة ساعتين. ضمت عناصر المجموعة معايير المقارنة ومناقشة لمزايا الشرب وعيوبه والقيام بلعب الدور، بينما ضم المردود معلومات تتعلق بكمية الكحول وعدد مرات الشرب ومعايير المقارنة ومؤشرات الخطر، وقدم نصائح للتقليل من الخطر فى صورة غير حكامة[2]. كشفت المتابعة التى تمت بعد ستة أسابيع عن أن المشاركين الذين تلقوا فقط المردود

---

١ Group motivational interveiwing.

٢ Nonjudgmental.

البريدى قد أبدوا أكبر انخفاض فى كمية الكحول الذى تناولوه وصل إلى ٥٣,١٪ مقارنة بالمجموعة الضابطة التى لم تتلق أى تدخل ولم تبد أى تغيير. وأبدى هؤلاء الذين حضروا المقابلات الجماعية وتلقوا أيضًا المردود انخفاضا أقل لتناولهم للكحول بنسبة ٢٣,٢٪. على الرغم من أن محتوى الجلسة التى قدمت لمجموعة العلاج فى هذه التجربة كان يركز أساسًا على التثقيف النفسى، كانت النتائج مثيرة للاهتمام فى أنها تشير إلى تأثير ضار محتمل نتيجة حضور جلسات المجموعة قبل تلقى المعلومات من خلال البريد. وأدى نجاح المردود البريدى إلى القيام بدراسة ثانية (Walters, 2000)، حيث تم تقديم نفس استجابات الفعل والمردود للمشاركين فى مجموعة أو عن طريق البريد، وتم تقديم الجلسة للمجموعة بنفس طريقة "قائمة فحص مدمن الكحول" (Miller, Sovereign, & Krege, 1988) كما كان الحال فى الدراسة السابقة، أبدى متلقو المردود البريدى مرة أخرى أكبر انخفاض فى كمية الكحول المستهلك (٣٣,٣٪) فى المتابعة التى تمت بعد ستة أسابيع، مقارنةً بطريقة المردود الجمعى (انخفاض قدره ١,٨٪) والمجموعة الضابطة (انخفاض قدره ١٠,٦٪). أخيراً، تم اختيار عينة الدراسة الثالثة (Martin, Noto, & Walters, 2000) من الطلاب والطالبات المقيمين فى ستة منازل سكنية (أى منازل ونوادٍ مخصصة لسكن الطلاب والطالبات) لتلقى المردود فى مجموعة أو من خلال البريد أو فى مجموعة ضابطة. اتساقا مع النتائج السابقة، لم ترتبط مقابلات الدافعية الجماعية بانخفاضات فى نتائج الشرب (زيادة ١٢,٣٪) مقارنة بالمجموعة الضابطة (زيادة ٤,١٪). رغم وجود انخفاض طفيف فى المجموعة التى اقتصرت على المردود فقط (انخفاض قدره ٤,٩٪) ، فإن هذا التوجه فى الانخفاض لم يصل إلى نسبة دالة إحصائيًا.

خلاصة القول، تقدم الدراسات المتاحة أدلة قليلة على كفاءة المقابلات الدافعية الجماعية بين طلاب الجامعات ممن يسرفون فى تناول الكحول، فى حين أنه يبدو أنها على العكس من ذلك تقدم دعمًا شاملاً أفضل بكثير لاستخدام المردود من خلال البريد مع هذه الفئة. فى الدراسة الأولى، على الرغم من أن المجموعة التى جمعت بين الجلسة الجماعية والمردود أظهرت بعض الانخفاض فى الشرب يفوق المجموعة الضابطة،

فإن تفوق المجموعة التى اقتصرت على المردود فقط يشير إلى أن المردود هو الأكثر بروزًا. دعمت نتائج الدراسة الثانية أيضًا وجهة النظر هذه، حيث تم إجراء مقارنة مباشرة بين مجموعة الجلسة الجماعية ومجموعة المردود. أخيرًا، فى الدراسة الأخيرة، تم فى الواقع توفير المردود للأفراد من خلال البريد بعد اجتماع للمجموعة، على خلاف الدراسات السابقة التى تم فيها إرسال المردود للمشاركين فى منازلهم بدون إجراء اجتماع مسبق معهم. يعنى استخدام هذه الطريقة فى التوزيع أن معظم المشاركين فتحوا المردود مباشرة وتقاسموه مع باقى المجموعة مما قد يكون قد قلل من التباين فى المردود.

مرضى العيادة الخارجية من الراشدين

وجدنا أربع دراسات استخدمت مقابلات الدافعية الجماعية فى علاج الراشدين من مرضى العيادة الخارجية لإدمان الكحول؛ وقد تنوعت فيما بينها بين جلسة واحدة إلى مجموعة جلسات امتدت إلى ستة أسابيع، وتم تقديم مقابلات الدافعية الجماعية فى كل منها كمقدمة لعلاج أكثر شمولاً. قارنت الدراسة الأولى التى قام بها فووت Foote وزملاؤه (١٩٩٩) بين تأثير أربع جلسات مقابلات دافعية جماعية قبل العلاج وبين العلاج المعتاد بدون الجلسات، وذلك لمرضى العيادة الخارجية، ووجد الباحثون فى المتابعة أن المشاركين الذين خضعوا لجلسات مقابلات الدافعية الجماعية كانوا يشعرون بدعم أكبر لاستقلالهم الذاتى، وهى المشاعر التى يبدو أنها ترتبط إيجابيا بالانتظام فى العلاج. بالإضافة لذلك، ظهر أن هؤلاء المشاركين أكثر واقعية فى تقييم تكاليف ومزايا الامتناع عن تعاطى الكحول، على الرغم من أن الدراسة لم تشر إلى بيانات خاصة بمخرجات سلوكية. فى نفس هذا الصدد، قارن نونان Noonan (1995b) بين تأثير فاعلية جلسة واحدة من مقابلات الدافعية الجماعية مع توفير مردود وبين مجموعة تعليمية مكافئة، وذلك لمجموعة من مرضى العيادة الخارجية من متعاطى الكحول من الذكور من قدامى المحاربين، وقد تم تنظيم مقابلات الدافعية الجماعية

باستخدام عناصر من "قائمة فحص متعاطى الكحول" (Miller et al., 1988) وضع استكشاف أسباب الشرب ومزايا الشرب وعيوبه ومناقشة استجابات كل مريض على عناصر المردود. أظهرت المجموعتان كلتاهما انخفاضاً فى الشرب عند المتابعة التى تمت بعد ثلاثة وستة شهور مع عدم وجود فروق متسقة بينهما . بعد مرور مدة ستة أشهر، انخفض عدد أيام الشرب لمجموعة مقابلات الدافعية الجماعية بنسبة ٧٧٪ عن مستويات خط الأساس، فى حين سجلت مجموعة التعليم متوسط انخفاض وصل إلى ٨٤,٧٪. استخدمت الدراسة الثالثة (Lincourt Kuettel, & Bombardier, in press)، التى استهدفت مدمنى المخدرات الذين كان لزاما عليهم الحضور، ست جلسات مقابلات الدافعية الجماعية قبل تقديم العلاج القياسى النمطى؛ وتم تصميم الجلسات وفقاً لإجراءات مماثلة لعلاج التعزيز الدافعى الذى تم تطويره خصيصا لمشروع MATCH (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992)، وتضمنت مقدمة لنموذج التغيير عبر النظريات (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)، وممارسة التوازن فى اتخاذ القرارات، وتوفير مردود خاص بكل شخص، ومناقشة لقصص النجاح فى التغيير فى الماضى. وعلى الرغم من أن التوزيع على مجموعات العلاج لم يكن عشوائياً، كانت معدلات الحضور واستكمال العلاج لمجموعة مقابلات الدافعية الجماعية أعلى. بعد معادلة المجموعتين فى متغيرات خط البداية، كان التوزيع على مجموعة مقابلات الدافعية الجماعية مسئولاً عن نسبة صغيرة، ولكنها دالة من التباين فى استكمال العلاج (٣,٥٪)، ونسبة حضور الجلسات (٢,٣٪). أخيراً، قارن سوبل Sobell وسوبل Sobell وبراون Brown وكليلاند Cleland وبوشان Buchan (١٩٩٥) بين تدخل سلوكى معرفى مكون من أربع جلسات ترتكز على الدافعية وبين تدخل مماثل فردى وذلك لمتعاطى الكحول والمخدرات؛ كشفت المتابعة التى تمت بعد اثنى عشر شهراً بعد العلاج عن انخفاض على مقاييس الكحول وتعاطى المخدرات، مع عدم وجود أى فروق بين مجموعات العلاج فى النتيجة أو الاستنزاف. يتمثل أحد المؤشرات فى النسبة المئوية لعدد أيام الامتناع عن الشرب فى حالة العلاج من خلال المجموعة بنسبة ٨١٪،

بينما زادت فى حالة العلاج الفردى بنسبة ٩٣,٦٪ غابت مجموعة مقابلات الدافعية الجماعية عن عدد جلسات أقل بكثير (٢٥ فى مقابل ٢١٠ جلسة غياب على التوالى)، ولكن لم تكن هناك فروق بين الصورتين من حيث الرضا العام عن البرنامج.

باختصار، تقدم هذه الدراسات التى أجريت على مرضى العيادة الخارجية بعض الأدلة الضئيلة على فائدة وفاعلية مقابلات الدافعية الجماعية؛ ففى الدراستين اللتين قامتا بقياس التغييرات فى الدافع للتغيير والالتزام بالعلاج، يبدو أن مقابلات الدافعية الجماعية قد أسفرت عن بعض التغييرات، ولم تتوصل الدراسة التى قاست التغييرات فى تناول الكحول والمخدرات إلى أى تأثير للمجموعة التعليمية الضابطة، بينما توصلت دراسة أخرى إلى أن هذا الأسلوب له تأثير جيد يماثل الرعاية الفردية. فى الدراسة الأخيرة، أدت الكفاءة النسبية لشكل المجموعة إلى توفير فى التكلفة بنسبة ٤١٪ ترجع إلى توفير فى وقت المعالج. تمثل أفضل دعم وتأييد لفاعلية مقابلات الدافعية الجماعية إلى هذا التوفير فى التكاليف لهذا الشكل من التدخل، بالإضافة إلى حقيقة أن أعضاء المجموعة تغيبوا عن عدد أقل من الجلسات.

سلوكيات صحية أخرى

بالإضافة إلى علاج الإدمان، كانت هناك محاولات لاستخدام مقابلات الدافعية الجماعية فى ثلاث دراسات عن التدخلات الصحية. استخدمت الدراسة الأولى التى قام بها كارى **Carey** وكاليش مان **Kalichman** وفورسيث **Forsyth** ورايت **Wright** وجونسون **Johnson** (١٩٩٧) برنامجاً للتدريب على المهارات السلوكية مكوناً من أربع جلسات مع استراتيجيات لتعزيز الدافعية للحد من خطر الإصابة بفيروس الإيدز، شملت أساليب الدافعية توفير مردود شخصى عن مخاطر فيروس الإيدز، وتحفيز اهتمام الأعضاء بسلوكهم، وتدريب على التوازن فى اتخاذ القرارات وخطة العمل. كشفت المتابعة التى تمت بعد ثلاثة شهور عن زيادة فى معرفة المشاركين ونيتهم لممارسة السلوكيات الآمنة مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما اختفت الزيادة فى متوسط

الاتصال بشركاء العلاقة الجنسية، والتى كانت قد ظهرت مباشرة بعد التدخل. ورغم أن هذا التدخل قد أسفر عن بعض التأثيرات ذات المغزى، كان من المستحيل تحديد الزيادة الإضافية فى كفاءة الدافعية مقابل مكونات التدريب على المهارات السلوكية وذلك بسبب اندماج كلا المنحيين معا بطريقة لا تسمح بتتبع أثر أى منهما منفصلا عن الآخر. وفى دراسة لاحقة ضم كارى Cary وزملاؤه (٢٠٠٠) مجموعة ضابطة لتعزيز الصحة ووجدوا نفس التأثير بصفة أساسية، حيث مال التدريب على المهارات السلوكية ومقابلات الدافعية المعدلة إلى زيادة المعرفة وتعزيز نيات الحد من المخاطر، وهى النتائج التى استمر معظمها حتى تاريخ المتابعة. وأخيراً، جمع مورفى Murphy وكاميرون Cameron وشارب Sharp وزملاؤهم بيانات من قدامى المحاربين من مرضى العيادة الداخلية الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)[١] تتعلق بما إذا كانوا "ربما" أو "بالتأكيد" أو" لا بالتأكيد" قد شعروا بأعراض معينة. تمثل التدخل فى ست جلسات، ومجموعة مفتوحة قامت ببحث مواضيع مثل "الأساس المنطقى للمجموعة" و"مقارنة بالرجل العادى" والإيجابيات والسلبيات والحواجز والعقبات. أظهرت نتائج المتابعة التى تمت بعد التدخل أن ٤٠٪ من السلوكيات التى كانت مصنفة تحت "ربما" قبل الالتحاق بالمجموعة صنفت الآن تحت إحدى الفئتين الأخريين، بينما ظهر أن عدد السلوكيات المصنفة تحت فئة "نعم بالتأكيد" أكثر من عدد السلوكيات تحت فئة "لا بالتأكيد"، مما يشير إلى أن مقابلات الدافعية الجماعية قد سهلت من الكشف عن الأحداث الصادمة.

عند النظر فى هذه المجالات الأخرى لتعزيز الصحة، يبدو أن مقابلات الدافعية الجماعية أكثر كفاءة، إلى حد ما، فى خفض السلوك الخطر وحل التناقض، على الأقل فى الأجل القصير. النتائج ذات الصلة بخطر فيروس الإيدز محيرة، ذلك لأنها تبدو أنها تقدم حلاً بديلاً لمشكلة عادة ما كانت تعالج خلال قنوات التعليم النفسى. فيما يتعلق بدراسة اضطرابات ما بعد الصدمة، يبدو أن تأثير مقابلات الدافعية الجماعية أقل وضوحاً.

---

١ PTSD: Posttraumatic Stress Disorder.

خلال حلقة نقاش لقضية ما، تميل آراء الأعضاء إلى الاستقطاب (Brauer, Judd, & Gliner, 1995)، وحيث إن المؤلفين لم يضمنوا الدراسة مجموعة ضبط، لا يمكننا مرة أخرى تحديد الدور الذى لعبه الجانب الدافعى فى هذا المجال. بالإضافة إلى ذلك، وحيث إن هذه الدراسة اقتصرت فقط على التصورات الذاتية للأعراض النفسية، لذلك من الصعب القول ما إذا كانت زيادة اعتقاد المرء بأنه يفى أو لا يفى بمعايير التشخيص يعتبر ميزة. لا بد من الإشارة إلى أن جميع هذه الدراسات تعانى من قيود كبيرة على إمكان تعميمها نظراً لعدم وجود بيانات للعملية واختبارات للمصداقية. علاوة على ذلك، يبدو أن الشكل والأنشطة الواردة فى كتيبات مقابلات الدافعية الجماعية المتاحة لنا قد تم اقتباسها أساساً من كتيبات مقابلات الدافعية الفردية، ولأن هذه الترجمة "السهلة" لم تسفر عن نتائج بشكل موثق على قدم المساواة مع نتائج مقابلات الدافعية الفردية (باستثناء سوبل Sobell وزملائه، ١٩٩٥)، لذلك لا بد لنا من النظر فى المهمة الأصعب لخلق مقابلات الدافعية الجماعية التى ترتكز فى الأساس على المجموعة.

احتمـــالات

من المهم عند تعديل مقابلات الدافعية للعمل فى مجموعات أن نأخذ فى الاعتبار لماذا وكيف تعمل فى الأساس. فى الطبعة الأولى من هذا الكتاب، تكهن ميلر Miller ورولنيك Rollnick (١٩٩١) بشأن إمكانية متغيرات المعالج وحديث التغيير ومفاهيم الإيمان والأمل كآليات تمثل أساساً للتحولات الهائلة فى السلوك التى كثيراً ما تظهر بعد مقابلات الدافعية. ولكن أيا ما كانت الآليات الصحيحة، قد تذكرنا فكرة أن هذه العملية يمكن أن تعمل بنفس الجودة فى وجود الآخرين بنموذج انتشار المعرفة. ومع ذلك وبخلاف التعليم الذى يقدم للمرضى، فإن مقابلات الدافعية بمثابة عملية إبحار أكثر منها نقل للمعلومات: يحدث التغيير فى السلوك عندما يقارن الفرد بين الأسباب ذات الصلة التى تدعو للتغيير مع المزايا قصير المدى للإبقاء على السلوك. ونظراً لتعقد التفاعلات فى المجموعة، هناك احتمال أكبر لتشتت التباين وزيادة عدم المشاركة

والمقاومة والجدل الجماعى. علاوة على ذلك، سيبدو أن هناك مشكلة تتمثل فى محدودية الوقت الذى تخصصه المجموعة للحديث، هذا إذا كانت الفرضية التى وضعها ميلر Miller ويان Yahne وبالمر Palmer وفولشر Fulcher و أمرهين Amrhein (٢٠٠٠) صحيحة، والتى مفادها أن تغيير السلوك يبدأ من خلال عبارات قوية متزايدة عن التغيير تثار خلال جلسة العلاج.

مع عدم إغفال هذه المحاذير، هناك أيضًا بعض الأسباب للاعتقاد بأن مقابلات الدافعية قد تكون مناسبة بصفة خاصة لمجموعات من الأفراد. أولاً، قد يكون للضغوط بين الشخصية للأغلبية تأثير على جذب هؤلاء الأقل رغبة فى التغيير وشد أولئك الأقل استعداداً للالتزام المتبادل أمام المجموعة، وخاصة فى ظل توجيهات مدرب مقابلة دافعية جماعية ماهر. يوفر وجود المجموعة فى سياقات أخرى نظام دعم قوى يضمن للفرد أنه ليس الوحيد الذى يرغب فى العمل للتغيير. بالإضافة إلى ذلك، نظرًا لوجود الفرد فى وسط مجموعة هناك سبب إضافى للاعتقاد بأنه سيقلل مقاومته الفردية إلى الحد الأدنى. وخلافًا للمقابلة الفردية المكثفة فى العلاج الفردى، تفوز المجموعة "تلقائيًا" فى أى نقاش بحكم تفوقها فى العدد. وإذا ما استمسك أعضاء المجموعة أصحاب الأصوات المرتفعة بالوضع الراهن وصوتوا ضد التغيير، فقد يشجع هذا فى الواقع رد فعل عكسى لدى الآخرين من خلال تسليط الضوء على التباين بين سلبية العضو (الأعضاء) الذى يعلن عن رأيه وبين التعاطف مع المدرب وأسلوبه الدافعى.

العملية

كانت هناك عدة محاولات لترجمة الأنشطة المستخدمة فى مقابلات الدافعية الفردية لتبنيها فى سياق المجموعة. حدد (Ingersoll, Wagner, and Gharib, 2000) فى جهدهم الأكثر شمولية، حسب علمنا، مقابلات دافعية جماعية تتألف من عشر جلسات تضم أنشطة مشتقة من إجراءات مقابلات الدافعية الفردية. وبالمثل، ناقش فووت Foote وزملاؤه (١٩٩٩) مجموعة تضم أربع جلسات ترتكز على أساس منحى FRAMES الذى يتكون من مناقشة مشكلات وممارسات اتخاذ القرار وتحديد العوائق وتقرير

استراتيجيات التغيير. هناك أيضًا عدة مخطوطات لم تنشر (على سبيل المثال، Apodaca & Martin, 1996; Noonan, 1995a; Walters, 1998) تحدد صور مجموعات هى فى الأساس صور متباينة من المنحى الفردى. لكن قبل تطبيق هذه العمليات الرئيسية، ناهيك عن روح مقابلات الدافعية، يجد المرء نفسه فى مواجهة سبعة اعتبارات على الأقل عند تحديد الشكل الذى ستتخذه المجموعة.

١- هل ستكون المجموعة مساعدة للعلاج أم تدخلاً منفصلاً قائمًا بذاته؟ كتدخل فردى، استخدمت مقابلات الدافعية كعلاج مساعد للعلاج الأساسى كما استخدمت أيضًا كتدخل قائم بذاته (Noonan & Moyers 1997) فى حالة استخدامها كمقدمة أو كإجراء تعزيزى لعلاج ممتد، فإنه يتألف عادة من جلسة واحدة أو جلستين. أما فى حالة استخدامه كعلاج مستقل، فتتفاوت عدد الجلسات وفقًا لبرنامج العلاج الذى يقع الاختيار عليه، نظرًا لعدم وجود أدلة كافية على فعاليته التفاضلية على أساس عدد الجلسات.

٢- هل ستكون المجموعة ذات طبيعة تعليم نفسى أم ستكون ذات طبيعة دينامية؟ يكون محور التركيز فى مجموعة التعليم النفسى، مثل تلك التى وصفها والترز Walters وجروين والد Gruenewald وبينيت وميلر Miller (٢٠٠١) على العملية التعليمية على الرغم من أخذ عناصر الدافعية فى الاعتبار. يركز هذا النوع من المجموعة على موضوع يتم تنسيقه وتقديمه من قبل المرشد الذى يأخذ دور الخبير. ما يميز هذا الشكل عن التعليم الموعظى البحت هو أن العملية الجمعية والمناقشة ولعب الأدوار تعتبر عناصر أساسية فيه وجزءًا لا يتجزأ منه. على العكس من ذلك، تعتمد المجموعة الدينامية[1] (Yalom, 1995) فى المقام الأول على التفاعلات بين المجموعة لتوجيه الأعضاء نحو "خبرة وجدانية تصحيحية". تشمل مقابلات الدافعية الكشف عن التناقض الوجدانى

---

١ Process group.
وقد ترجمناها إلى دينامية نظرًا لما يسببه ترجمتها إلى عملية من خلط والتباس. [المراجع]

وشرح وتفسير قيمة التناقضات واستكشاف الخيارات؛ حيث يعكس المرشد ويبحث ويلخص بشكل انتقائى محتوى المجموعة بحيث يتم تعزيز الدافع الفردى.

٣- هل سيكون للمجموعة مدة زمنية ثابتة أم ستكون مستمرة؟ تتراوح المجموعات المحدودة زمنيا ذات المحتوى المحدد بين جلسة واحدة إلى ١٠ جلسات أو أكثر، وتستخدم عادة عندما يتوقع أن تتغير المجموعة قليلا فى أثناء العلاج. فى المقابل، قد تكون المجموعة المستمرة مناسبة أكثر عندما يكون من المتوقع حدوث تغيير فى العضوية يوميًا (على سبيل المثال، دخول أعضاء قائمة الانتظار)، حيث يكون معدل تغير المشاركين مرتفعًا، أو كإضافة إلى برنامج مستمر متعدد الوسائط. المجموعة المستمرة ليست محدودة بعدد معين للجلسات، وقد لا يكون لها حتى جدول أعمال محدد، ولكنها تستخدم لدعم جهود التغيير على أساس مستمر (انظر الفصل الرابع والعشرين).

٤- هل ستكون المجموعات مفتوحة أم مغلقة للأعضاء الجدد؟ تبدأ المجموعة المغلقة بلفيف من العملاء وتستمر بدون إضافة لعملاء جدد. ويميل انتظام العضوية فى المجموعات المغلقة إلى تعزيز الثقة خلال عمل الفريق على التغيير معًا. فى المقابل، تستخدم المجموعات المفتوحة، مثل تلك التى وصفها مورفى **Murphy** وكاميرون **Cameron** وروزن **Rosen** وطومسون **Thompson**، (٢٠٠٠) منهاجًا دوريًا يسمح للأفراد بالانضمام فى أى وقت إلى دينامية المجموعة والمشاركة أيضًا فى جميع الجلسات.

٥- هل سيوفر التدخل مردودًا أم لا؟ كما ذكرنا آنفًا، فحصت دراسات قليلة خاصة بالعلاج الفردى (ولا توجد دراسات لمقابلات الدافعية الجماعية) الكفاءة التفاضلية لمقابلات الدافعية مع مردود وبدونه، وبالتالى فإن أساس اتخاذ القرار فى هذه المرحلة على ما يبدو يضم تقييم الوقت المتاح وطبيعة المجموعة وخصائصها. وفى حالة السماح بتقديم المردود، يجب على المرء أن يقرر ما إذا كان سيتم تقديمه إلى المجموعة ككل، أم إلى كل فرد من أفراد المجموعة على حدة، أم إلى البعض فى أوقات منفصلة (على سبيل المثال، يرسل بالبريد قبل أو بعد الحضور فى المجموعة)، أو فى تشكيلات عند نقاط زمنية متعددة.

٦- هل ستكون المجموعة مختلطة أم متجانسة من حيث الاستعداد للتغيير؟ يمكن أن يكون من المفيد استخدام مجموعات "فئوية متنوعة" مختارة على أساس استعدادهم للتغيير لتشجيع الأعضاء الأقل استعدادا وترسيخ وتثبيت أولئك الذين هم أكثر استعداداً للتغيير. على سبيل المثال، قد يساعد سرد الأفراد فى المراحل المتقدمة الأفراد الأقل دافعيةً لبناء الفروق وحل التناقض الوجدانى. ويمكن أن تخلق أيضًا المجموعات المتساوية نسبيًا فى المراحل المتقدمة من الاستعداد للتغيير شعوراً بالكفاءة والدعم المتبادل. فى المقابل، قد تشكل المجموعات المتساوية فى المراحل الأقل تقدمًا صعوبة خاصة، وذلك من خلال تعزيز النمط المنحرف.

٧- هل ستكون مجموعة دافعية أم ستكون مجموعة مقابلات دافعية؟ فمن المشكلات أن العديد مما يسمى بمجموعات "دافعية" فى الأدبيات المنشورة قد تكون فى الواقع ذات منحى وطبيعة تميل أكثر للتعليم النفسى، وعلى هذا فإنهم فى هذه المجموعات الدافعية التعليمية يحاولون تصحيح القصور فى المعرفة بطريقة غير تلك المنصوص عليها فى مقابلة الدافعية الكلاسيكية. ويبدو أن العديد من الدراسات المشار إليها أعلاه تستخدم طرقا أقرب إلى المجموعات الدافعية بدلا من تبنى حقيقى لمقابلات الدافعية؛ حيث تميل مقابلات الدافعية الجماعية، فى صورتها النقية الخالصة، أكثر إلى أن تكون عبارة عن عملية متابعة لاهتمامات ومخاوف المجموعة وتأمل نقاط التباين الفردى والتباين فى المجموعة من أجل تعزيز الدافعية.

مخاطر

على الرغم من أن عملية مقابلات الدافعية الفردية راسخة، فإن ديناميات المجموعة تدفعنا إلى النظر فى اعتبارات إضافية؛ حيث تتوسع العملية من الرقص الذى يضم شخصين لتبدو أكثر كعملية إنتاج لحفل راقص تقوم به شركة، فهل يمكنك أن تتخيل إنتاج حفل راقص يضم عدة أفراد يقومون برقصات مختلفة على إيقاعات مختلفة؟

(أتذكر هنا أحدنا فى مجموعة سابقة يعرب عن أسفه بسبب صعوبة هذه المهمة قائلاً: "هذا يشبه قيادة قطط لأداء لحن أوركسترالى بدون مايسترو!"). ما كان سابقًا مجرد ربط المعالج بالمريض يترجم الآن بربط، فى وقت واحد، المعالج بالمريض، والمعالج بالمجموعة، والمريض بالمريض الآخر، والمريض بالمجموعة. وهكذا وبنفس الروح التى دفعت ميلر Miller ورولنيك Rollnick (١٩٩١) إلى مناقشة روح مقابلات الدافعية الفردية والشرك التى يمكن الوقوع فيها، نرى ما يلى كمضاعفات وتعديلات فى تبنى مقابلات الدافعية وعملياتها الأساسية فى سياق المجموعة.

التعبير عن المواجدة

يبدو أن المواجدة هى بمثابة "العش" لبناء فعال للتباين، ولكن هناك صعوبات عديدة فى نقل هذا التوجه للمجموعة، ليس فقط من خلال تضاعف عدد التفاعلات الضرورية، ولكن يجب علينا أيضًا علينا الأخذ فى الاعتبار أنه فى وجود الآخرين هناك إمكانية أكبر لدفاع العميل عن نفسه فى مواجهة النقد الحقيقى أو المتوهم (Diwan & Littrell, 1996). ويتضخم الوجدان فى هذا السياق: فقد يعبر الأفراد عن آرائهم بقوة أكبر أو قد يعرضون مسائل من أجل التبجح فقط. وكما هو الحال فى مقابلات الدافعية الفردية، يتناول المرشد هذه القضية جزئيًا من خلال الاهتمام والتمعن التفاضلى والتقارير المختصرة. لقد وجدنا فى تجربتنا لمقابلات الدافعية الجماعية أنه مع توفر اثنين من المرشدين، يمكن للمرشد الأول أن يعبر عن المواجدة بينما يراقب المرشد الآخر ويتعامل مع المقاومة. قد يكون هناك أيضًا ميل لأن تصبح المواجدة مخففة عن طريق أعضاء آخرين فى المجموعة يلعبون دور المعالج بالوكالة، على سبيل المثال، يقدمون الإرشاد ويواجهون ويقيمون سلوك الأعضاء الآخرين. معظم "مجموعات مدمنى الكحول المجهولين"، على سبيل المثال، لديها قواعد ضد "تبادل الحديث"، حيث تسمح للمشاركين بالحديث فقط عن أنفسهم. يمكن للمرشد شرح الأنواع المختلفة من تبادل الحديث المناسب وغير المناسب فى المجموعة، وينبغى أن يزيد

هذا من "حديث التغيير" فى المجموعة. فإذا قدم أحد الأعضاء تعليقًا غير مناسب، يمكن للمرشد إعادة صياغته للإشارة إلى أن تعليقات المجموعة هى محل تقدير ومفيدة فى كثير من الأحيان، ولكن فى النهاية الأمر متروك للفرد لتقرير ما يجب فعله. وهكذا، فإن التصحيحات وإعادة الصياغة التى يقوم بها المرشد النفسى، إلى جانب التعليقات الإيجابية التى يقدمها أعضاء المجموعة، قد تفوق الفقد المتوقع لمصداقية المواجدة لكل فرد.

تقوية التباين

يفكر الأفراد فى التغيير عندما يشعرون بعدم الراحة فى وضعهم الراهن، سواء كان الفرد منعزلا بذاته أو بافتراض أنه فى مجموعة. إذا ما وجد أكثر من مدرب فى المجموعة الواحدة، فإن ذلك قد يؤدى إلى انقسام المجموعة إلى مجموعات أصغر تعمل فى وجود أكثر من مدرب. قد تكون هذه المجموعات الأصغر الأقرب للشخصية ذات فائدة خاصة عند التعامل مع الفئات الأكثر خطرًا أو المجبرة على العلاج، حيث الانحراف السلوكى هو القاعدة. فى مثل هذه المواقف، يبدو أن المنحى الأفضل هو المزج بين الأعضاء المنسجمين مع الآخرين مع هؤلاء المنعزلين المنحرفين عن السياق الاجتماعى العام، أو ضم واحد أو اثنين من المرضى "القدامى" فى كل مجموعة من أجل تبديد أى حديث منحرف بفعل خبرتهم (على سبيل المثال استخدام المدخنين السابقين الذين أقلعوا عن التدخين كمساعدين فى علاج المجموعات، انظر Martin et al., 1997).

لمزيد من تسليط الضوء على التباينات الفردية فى حالة المجموعة، استخدمنا فى بعض الأحيان أسلوب فرز بطاقات القيم؛ ففى أحد أشكال هذا الأسلوب، يمنح كل عميل مجموعة متنوعة من البطاقات، يحتوى كل منها على قيمة محتملة مهمة للحياة، ويطلب من العملاء اختيار القيم العشر الأهم بالنسبة لهم، على أن يرتبوها حسب الأولوية من الأكثر أهمية إلى الأقل الأهمية وهكذا، مع تقديم شرح بسيط عن أهمية كل

قيمة من القيم فى حياتهم (Miller & C'de Baca, 2001) ويعد من مزايا ضم مقدمة لمناقشة التغيير مع نشاط من هذا القبيل، أنه يحول المناقشة من مناقشة عامة نسبيًا إلى مناقشة أكثر ارتباطا باحتياجات أكثر تحديدا للفرد بالإضافة إلى تشجيع الصدق. كعامل مساعد، طلبنا من الأعضاء فى بعض الأحيان أن يقسموا بطاقاتهم إلى ثلاث مجموعات حسب مدى تعلق كل قيمة بمشكلة السلوك (أى: السلوك المشكل يساعدنى على تحقيق هذه القيمة، ليس له علاقة بالقيمة، أو يعرقل الحصول على هذه القيمة)، ويسفر ذلك عن نوع من المواصلة فى اتخاذ القرارات. يعمل هذا النشاط بشكل جيد مع المجموعات التى لديها بعض الدافع المبدئى كتمهيد لمناقشة التوازن فى اتخاذ القرارات. من ناحية أخرى، وجدنا أيضًا أن مع الفئات ذات الدافع المبدئى المنخفض قد يقوى هذا بالفعل من التزامهم بالسلوك المشكل. (فى إحدى المجموعات التى انتهت بهذا النشاط، أعطتنا أغلبية التعليقات المؤيدة للكحول انطباعا بأن أعضاء المجموعة سيلتقون مرة أخرى فى حانة محلية ذلك المساء)!

وأخيرًا، استخدمت معظم أشكال مقابلات الدافعية المردود المعيارى كإحدى آليات بناء التباين. وعلى الرغم من قوة الأدلة التى تثبت أن المردود يعتبر عنصرًا فعالاً للأفراد، فإن تأثيره فى المجموعات محدود فى أحسن التقديرات؛ ففى الواقع، فى عملنا مع طلبة الجامعة متعاطى الكحول بدرجة مرتفعة المخاطر، هناك محاولة مستمرة لكسر القاعدة واستبدالها بأخرى أكثر راحة. على سبيل المثال، عندما قدمنا القواعد العامة الضابطة لعامة الأفراد إلى هؤلاء المتعاطين المسرفين كان هناك ميل لخفض قيمة القاعدة المخالفة لهم من هذه القواعد العامة على أنها غير ذات صلة. ونستطيع فهم ذلك إذا ما أخذنا فى الاعتبار أنه كلما زاد الشعور بالفرق الكبير بين هذه المعايير والقواعد العامة وتلك التى تحكم هؤلاء الأفراد المتعاطين زاد ميل إحدى المجموعات (على سبيل المثال مجموعة العلاج) إلى خفض قيمة قواعد وقيم المجموعات الأخرى (على سبيل المثال، المجموعة المعيارية التى يتم مقارنة مجموعة العلاج بها). لتجنب هذه الحالة، يجب على المرشد لمجموعة المقابلات الدافعية أن يسلط الضوء ليس فقط على الفرق بين المجموعتين، ولكن أيضًا على العديد من أوجه التشابه بينهما من حيث

الأهداف والمعايير الأخرى ذات الصلة. قد يكون أيضاً أكثر كفاءة قيام أعضاء المجموعة بتقديم تقييم خاص بهم للمعايير بدلا من تقديم المعلومات منذ البداية. فعلى سبيل المثال، يمكن توجيه هذا السؤال لهم "ما النسبة المئوية لطلاب الجامعات الأمريكية الذين يشربون الكحول أكثر منك؟") قبل تقديم الأرقام الصحيحة التى تسلط الضوء على التباين بين الاعتقاد والواقع، بدلاً من القول فى البداية (على سبيل المثال، "أنت ضمن نسبة ١٪ من طلاب الجامعات).

تجنب الجدل والمواجهة

نستطيع القول، من خلال خبراتنا، أن العلاج مع وجود فرد واحد مقاوم أسهل بكثير من وجود مجموعة من هؤلاء الأشخاص المقاومين، حيث إنه يبدو أن لديهم ما لا نهاية له من حديث المقاومة. بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن مقاومة أقوى الشخصيات فى مجموعة يكون لها تأثير غير مناسب على اتجاه الأعضاء الآخرين. فقد يثبط الأشخاص المسيطرون الآخرون فى التعبير عن آرائهم من خلال سلوكهم العلنى والتعليقات، وذلك من خلال الإعراب عن مواقفهم بكل ثقة أو ببساطة عن طريق احتكار وقت المجموعة (Diwan & Littrell, 1996). فى مجموعاتنا، لم يقتصر التأثير السلبى لهؤلاء المجادلين ذوى المقاومة الشديدة على إرباك العملية الدافعية فقط، وإنما كان لهم تأثير داعم للانحراف. من أجل الحد من مثل هذه الاضطرابات، ينبغى أن تكون القواعد الأساسية الضابطة للمجموعة واضحة وصريحة فى منع الحديث العدائى أو الهيمنة على الحديث، ويمكن تذكير أعضاء المجموعة بلطف بهذه القاعدة. ويمكن للمرشد أيضاً إعادة صياغة التعليقات السلبية فى نمط ودى وأكثر تعاوناً، مؤكداً حديث المعترض ولكن مع بعض التعديل. يمكن طلب ردود فعل الأعضاء الأهدأ أو الأكثر خبرة، وذلك من أجل السماح بوجهة نظر بديلة. معظم التعليقات ذات الصلة تتأكد بدورها بشكل انتقائى فى مجموعة تفكير صغيرة. فى التعامل مع الهيمنة المستمرة، يمكن لقادة المجموعة أن يستخدموا أساليب دافعية معيارية نمطية للتعامل مع المقاومة: التفكير الجاد المتعاطف وطلب الشرح والتفسير فى صورة تقارير تتسق مع اتجاه المجموعة وأخيراً التحقق من صحة

الاختيار والمسئولية الشخصية. الاستخدام الاستراتيجي للوقت المستقطع (على سبيل المثال، تجاهل التعليقات الجدلية) أو التعزيز التفاضلى (على سبيل المثال، الإنصات للحديث الإيجابى أو غير الجدلى أو المتعلق بالتغيير) وقد يكون مفيداً أيضًا فى النمذجة والحفاظ على نمط إيجابى للدافعية. يسمح هذا التفكير الانتقائى بتدعيم الأفراد وتعزيز الإنصات لهم فى سياق متنامٍ من التعليقات البناءة.

هناك استثناء واحد لقاعدة "لا تجادل" وهو ممارسة النقاش المتناقض، حيث يلعب العميل دور المجادل من أجل التغيير فى حين يجادل المعالج ضد التغيير. فى تجربتنا، يعمل هذا النشاط جيداً بصفة خاصة مع المجموعات ذات المقاومة المرتفعة أو أولئك ذوو الدافع المنخفض للتغيير. على سبيل المثال، وعلى نسق "أشياء جيدة جداً"، "أشياء ليست جيدة جداً" (Miller et al., 1992)، طلبنا من أعضاء المجموعة تكوين قائمة بالأسباب التى تمنعهم من إجراء التغيير (أى كل الأشياء الجيدة عن السلوك الحالى)، بحيث يستخدم أحد المدربين هذه القائمة للجدل ضد التغيير ويدعو بقية المجموعة إلى اتخاذ الموقف المضاد (أى لماذا سيكون التغيير أمراً جيداً). خلال هذه المناقشة، يمكن للمدرب الثانى تسجيل أسباب المجموعة ويعزز التعليقات ويشجع أعضاء المجموعة على التعبير عن وجهة نظرهم بقوة أكبر. ومن خلال هذه الطريقة، يتم تحويل عداء مجموعات المقاومة الطبيعى إلى الحديث عن التغيير. عندما ينتهى النقاش، يستخدم المدرب الأول القائمة التى كونتها المجموعة فى تلخيص النقاط الرئيسية فى الجدل عن التغيير ويطلب من أعضاء معينين شرح الأسباب التى يذكرونها. وهكذا يتم تقوية الحديث عن التغيير من خلال الكلمات الخاصة بالمجموعة نفسها.

شجع الكفاءة الذاتية وحديث التغيير

فى ثلاثية "مستعد وراغب وقادر" التى اقترحها رولنيك Rollnick (١٩٩٨) لا يستطيع أى قدر من الاستعداد والرغبة أن يعوضا العجز المدرك. يتم تشجيع الأفراد على الحديث عن الخطوات التى ينوون اتخاذها. ومع ذلك، أعضاء المجموعة أكثر عرضة "للتسكع الاجتماعى"، لافتراضهم أن الآخرين سيعلقون عليهم، أو أن القائد سوف يقدم

لهم الإجابات. لتشجيع المشاركين للبدء فى الحديث عن التغيير، علينا أن نبدأ أحيانًا بتدريب "الخيار القسرى"، حيث يجب على أعضاء المجموعة أن "يوافقوا بشدة، أو يوافقوا، أو ألا يوافقوا، أو ألا يوافقوا إطلاقًا" على سلسلة من الآراء المتصلة بالسلوك محل الاهتمام (على سبيل المثال، "من الجائز للأفراد أن يدخنوا، ماداموا لا يدخنون يوميًا"). نشاط مثل هذا يمهد الطريق للكشف عن النفس فى جو من عدم إصدار أحكام، ويسمح للمدربين تحديد الاهتمام النسبى بالتغيير بالنسبة لمختلف المشاركين. كما ينبغى اختيار العبارة الخاصة بهذا النشاط لتتناسب مع أهداف المجموعة المحددة والفريدة، ولكن ينبغى ألا تكون عبارة تؤدى إلى المزيد من ترسيخ مواقف مخالفة لمواقف المجموعة. على سبيل المثال، الاختيار المفروض، مثل "يجب أن يكون تناول الماريجوانا مصرحًا به قانونًا" قد يكون له نتائج غير مقصودة لأولئك الذين يقرونها، حيث ستدعم وجهة نظر لن يوافق عليها المعالج. الأفضل من ذلك الأسئلة الإجبارية مثل "أى من هذه المخدرات المذكورة أكثر إدمانًا للفرد/ وأيهم أخطر على المجتمع؟" سيسمح للمشاركين التعبير عن الرأى ضمن الحدود المناسبة. فى هذه الحالة، يستطيع المشاركون أيضًا الإنصات إلى آراء الأقران ضد استخدام المخدرات التى لا يحبذونها.

لقد ناقشنا بعض الأسباب التى قد تدعم الثقة فى العلاج الجمعى وأهميته. من ناحية أخرى، يبدو أن عيبه الرئيسى المتأصل فيه، مهما اختلف هيكله، هو "محدودية وقت الكلام" المخصص للأعضاء. نحن نعلم من أميرهين Amrhein وزملائه (٢٠٠٠) أن زيادة الوقت المخصص للحديث عن التغيير خلال الجلسات ينبئ عن ماهية النتائج. على الرغم من ذلك، فإنه من غير الواضح فى سياق العلاج فى مجموعة إلى أى مدى تنطبق هذه القواعد: هل يمكن أن يعم الحديث عن التغيير "من خلال وكيل"، بمعنى أن يستمع بعض الأفراد إلى الآخرين يتحدثون عن زيادة الدافع لديهم؟ إذا كان الأمر كذلك، يمكن أن يطلب من المجموعات النظر فى تطبيقات ونتائج جلسات المجموعات الأخرى ليستفيدوا منها فى العملية الفردية الخاصة بهم. على سبيل المثال، يميل بعض الأفراد فى المجموعة إلى التكتل فى وسط الهيكل الاجتماعى، مما يشير إلى مركزية

عملية صنع القرار. وعندما يتم التعرف على مثل هذا الزعيم، يمكن إجراء جلسة مقابلة الدافعية بالوكالة مع هذا العميل ثم يتم تقديمها إما عن طريق شريط فيديو أو عن طريق نافذة، حيث تستطيع بقية المجموعة مشاهدة الجلسة في أثناء إجرائها. ويمكن استخدام هذا الأسلوب لإعداد المشاركين قبل تقديم الردود لهم، بحيث يرون أولاً شخصًا يعجبون به يصارع ويكافح مع التناقض الوجداني كما يقدم نموذجًا للحديث الملائم.

يتعلق التحذير النهائي باتجاه المجموعة لاتباع القائد ثم مقاومته. لقد تلقينا تحذيراً في مقابلات الدافعية الكلاسيكية بوجوب تجنب الوقوع في فخ الخبير. ومع ذلك، في إطار المجموعة، قد تركز المقاومة على زحزحة القائد من مكانه. على الرغم من توقع العديد من أعضاء المجموعة أن يقول لهم المدرب ما يجب القيام به، نوصي بتجنب المدرب إعطاء مشورة غير مرغوب فيها، وخصوصًا في وقت مبكر من الجلسة، ويمكنه بدلاً من ذلك استخدام طلبات الحصول على إجابات كفرص للحصول على تعليق أعضاء المجموعة وتأملهم، حتى تنبع الحلول من أعضاء المجموعة بدلاً من المعالج (انظر أيضًا "فخ الخبير" في الفصل السادس من هذا المجلد).

المزيد من الإمكانات

ما التوجهات التي يجب علينا طرقها في المستقبل، آخذين في الاعتبار أن مقابلات الدافعية الجماعية هو المنحى الذي يحمل إمكانات كبيرة ومهمة وإن كانت غير محققة بعد؟ فيما يلي بعض الاقتراحات الإكلينيكية والبحثية للمساعدة في الإجابة على سؤالين:

(١) هل مقابلات الدافعية في شكل المجموعة تنجح، ولمن؟

(٢) ما الظروف المثلى لكي تعمل على أفضل وجه؟

هل يفيد استخدام مقابلات الدافعية الجماعية ؟ ولمن ؟

كما ناقشنا آنفًا، نحن لا نعرف إلا القليل حول كيفية إجراء مقابلات الدافعية ضمن سياق المجموعة. فى هذه المرحلة المبكرة، هناك حاجة كبيرة ومساحة واسعة للدراسات حتى ولو كانت متحررة من قيود المجموعة الضابطة التى تحدث تكاملاً بين مقابلات الدافعية وديناميات المجموعة وإظهار التغييرات فى الاستعداد المعرفى والسلوكى. وهناك حاجة أيضًا لبحوث مضبوطة، حيث يمكن مقارنة مقابلات الدافعية الجماعية بمناحٍ أخرى أو بمجموعات ضابطة لا تخضع لهذا التدخل العلاجى.

كما أشرنا آنفا، قد يمكن تمثيل ذلك من خلال إضافة هذا المدخل إلى تدخل آخر موجود، مقابلات الدافعية الفردية. تخيل مقابلات الدافعية الجماعية تتم يوميًا فى مجموعة كجزء من العلاج المقدم فى العيادة الداخلية أو العلاج بالمستشفيات أو العلاج المقدم فى العيادات الخارجية. من أجل التوصل لهذا التقييم "المفضل" لمنحى مقابلات الدافعية الجماعية، نقترح استخدام مجموعة لا تزيد عن عشرة إلى اثنى عشر مشاركًا على أن يتولى قيادتها اثنان من القادة، واختيار مجموعة ليست مثقلة بمن يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير. (لقد تعلمنا بالتأكيد درسًا قاسيًا من خلال إحدى دراسات كليتنا، حيث أجرينا عكس كل من هذه الاقتراحات، وكانت النتائج فاشلة لدرجة مثيرة للشفقة). من هذه النقطة، هناك عدد من تطبيقات المجموعة (على سبيل المثال، Ingersoll et al., 2000)، والتى تقدم مزيدًا من البناء لمجموعة ذات جلسات متعددة كما توفر بداية جيدة نحو دليل للمقارنات البحثية المعيارية لمنحى مقابلات الدافعية الجماعية. هناك حاجة أيضًا لمزيد من الدراسات لتحديد الفئات التى قد تكون أكثر الفئات استفادة من مثل هذا المنحى. على الرغم من رسوخ كفاءة مقابلات الدافعية الفردية فى مجال الإدمان، هناك بعض الأدلة عن ملاءمته فى مجال تغيير سلوكيات أخرى (راجع الفصل السادس عشر). وعلى العكس من ذلك، عند النظر فى تطبيقات المجموعات، فلن نجد سوى القليل فقط من الأدلة على الكفاءة التجريبية خارج علاج إدمان الكحول، وبالتالى مازال هناك مجال واسع للتطبيق على فئات أخرى من الأفراد والمواقف مثل التدخين والنظام الغذائى وممارسة الرياضة والالتزام بالدواء.

ما أفضل الطرق لتطبيق مقابلات الدافعية الجماعية ؟

بمجرد تناول هذه الأسئلة، ربما يجدر بنا توجيه اهتمامنا إلى العديد من الآثار التفاعلية الممكنة. تضم المتغيرات الدينامية التي ينبغي معالجتها تجريبيًا عوامل مثل الحجم الأمثل للمجموعة، والحالة الدافعية (مرحلة التغيير) وعدد المدربين الرئيسيين، وما إذا كان سيتم استخدام المردود وكيفية هذا الاستخدام، وما إذا كانت المجموعات منظمة أم غير منظمة، واستخدام المقابلات الحية أو المسجلة على شريط فيديو (بين أعضاء المجموعة ومع رئيسها). أما فيما يتعلق بحجم المجموعة، الذي يعتمد على السياق ونوع المشكلة، فنقدم توجيهًا عامًا شبيهًا بالإرشادات التي تستخدم في التدريب على إجراء مقابلات الدافعية الفردية (Miller &Rollnick, 1991) ويتلخص في ألا يزيد العدد عن ٢٠ مشاركًا لكل مدرب، على الرغم من أنه قد يكون من الأنسب ضم نصف هذا العدد فقط وذلك وفقًا لطبيعة ومدى حدة المشكلة، وكذلك ما إذا كانت مزمنة أم غير مزمنة (على سبيل المثال، السمنة المرضية والتدخين المزمن). ولكن يبدو أن السؤال الأهم لا يزال هو، ما العملية وهيكل القيادة اللذان من شأنهما تسهيل المشاركة اللفظية (أى الحديث عن التغيير الشخصى) داخل المجموعة؟ تم التوصل إلى حل طريف جزئيًا، تمثل فى تطوير نوع من مقابلات الدافعية محاكى "للمعمل اللغوى"، حيث يتم تشجيع الأفراد جماعيًا، ولكن يتم الرد عليهم فى الوقت نفسه بصفة فردية عبر السماعات الشخصية فى مقصورات منفصلة. فى هذه العملية، يجدر النظر فى دور المردود الدافعى الذى يقدم فى مجموعة. على الرغم من أن هذه التقنية تجد دعمًا تجريبيًا جيدًا عند استخدامها بوصفها مساعدة للمقابلات الدافعية الفردية، فإنه يبدو أنها تمثل عامل تعقيد إضافيًا إذا ما أضيفت إلى مجموعة.

من حيث الاستعداد للتغيير، أدت الصعوبات التى واجهناها مع متعاطى الكحول من طلبة الثانوى والجامعة إلى الاعتقاد بأن المجموعات قد تكون أكثر كفاءة إذا اخترنا المشاركين على أساس مرحلة التغيير التى يمرون بها (من معتزمى التغيير،... فما بعد). وربما كان المردود الشخصى وحده كافيًا بالنسبة لأولئك ذوى القياسات المنخفضة

على مقياس الاستعداد للتغيير. كذلك نظن أن مشـاهدة أعضاء المجمـوعة بهدوء جلسة مقابلة دافعية سيجعل هؤلاء الذين يمرون بمرحلة ما قبل اعتزام التغيير أكثر فاعلية واندماجاً.

وأخيراً، عند إجراء مزيد من توزيع الأفراد على أفضل مناحى العلاج لهم، نأخذ فى الاعتبار المناحى التدريجية التى تم استخدامها من قبل فى بعض الحالات الطبية والنفسية (على سبيل المثال، أدوية علاج ضغط الدم). نظراً لمحدودية الموارد، قد يبدأ برنامج مكثف بالمنحى الأكثر توفيراً فى التكلفة، كإجراء فحص عام (على سبيل المثال، Claussen & Aasland, 1993)، وإرسـال مـواد دافـعـيـة تتـعلق بالمردود عـبـر البـريد (Agostinelli, Brown, & Miller, 1995) أو عـبـر الكمـبـيـوتر (R. K. Hester)، اتصـال (January 15, 2001).

قد تشمل الخطوة الثانية، بالنسبة للأفراد الذين لم يتم "التوصل إليهم" بكفاءة من خلال هذا المنحى، أحد التدخلات الجماعية التى ناقشناها هنا؛ حيث يكون منحى مقابلات الدافعية الجماعية مكلفاً بالنسبة لأولئك الذين يستمرون فى إبداء نفس مشكلات السلوك (ولكنها أيضاً أكثر كفاءة) من جلسات الإرشاد الدافعية الفردية أو الاجتماع مع مجموعة دعم صغيرة.

مفترق طرق لمقابلات الدافعية الجماعية

خلال المسار غير واضح المعالم لمشروعنا هذا، يبدو أن تحويل مقابلات الدافعية الفردية إلى مقابلات جماعية عملية غير مباشرة إطلاقا. قام بتنفيذ المناحى القائمة على أساس المجموعة مجموعة من الأفراد من ذوى الخبرة فى المناهج الفردية، وكانت النتائج حتى الآن مخيبة للآمال. علاوة على ذلك، هناك احتمال أن يثبت أن مقابلات الدافعية الفردية، (على سبيل المثال من خلال جلسة واحدة)، على المدى البعيد أنها فعلا أكثر كفاءة، من حيث التكلفة، من التطبيقات الجماعية (على سبيل المثال،

تعدد الجلسات وتعدد المعالجين). ومع ذلك، وكما ناقشنا آنفا، هناك أيضًا العديد من الأسباب تدعو لمحاولة استخدام مقابلات الدافعية الجماعية. وهكذا طرحنا عدداً من الأفكار الخاصة بكيفية تبنى مقابلات الدافعية كتدخل جماعى أعم، بما فى ذلك المحاذير والشرك الواجب تجنبها. أخيراً، قدمنا اقتراحات بتوجهات مستقبلية لبحوث وتطبيقات مقابلات الدافعية الجماعية كما أضفنا فيها أسئلة وتصميمات دراسة محددة. بالنسبة لأولئك الشجعان (أو ربما الحمقى) بدرجه تكفى لتقبل هذه التحديات، عليهم استكشاف العديد من المسارات المستقبلية، فضلا عن الطرق المسدودة، فيما سيصبح بالتأكيد أحد التوجهات المستقبلية لمقابلات الدافعية.

المراجع

Adlaf, E. M., Zdanowicz, Y. M., & Smart, R. G. (1996). Alcohol and other drug use among street-involved youth in Toronto. *Addiction Research, 4*(1), 11–24.

Agostinelli, G., Brown, J. M., & Miller, W. R. (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education, 25*(1), 31–40.

Allsop, S., & Saunders, B. (1991). Reinforcing robust resolutions: Motivation in relapse prevention with severely dependent problem drinkers. In W. R. Miller & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 236–247). New York: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Amrhein, P. C. (1992). The comprehension of quasi-performative verbs in verbal commitments: New evidence for componential theories of lexical meaning. *Journal of Memory and Language, 31*, 756–784.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2000, September). *Committing language emergent from a motivational interview predicts behavioral change in drug-addicted clients*. Paper presented at the international conference on Treatment of Addictive Behaviors, Cape Town, South Africa.

Amrod, J. (1997). The effect of motivational enhancement therapy and coping skills training on the self-efficacy and motivation of incarcerated male alcohol abusers. *Dissertation Abstracts International, 57*(9–B), 5904.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation. Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior, 17*(1), 19–52.

Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990).

formed meta-analysis. *Criminology, 28*(3), 369–404.
Annis, H. M., & Chan, D. (1983). The differential treatment model. Empirical evidence from a personality typology of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior, 10*(2), 159–173.
Annis, H. M., Graham, J. M., & Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's guide.* Toronto: Addiction Research Foundation.
Apodaca, X., & Martin, J. E. (1996). *Alcohol information and motivation.* Unpublished manuscript.
Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480.
Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment.* Doctoral dissertation, University of New Mexico.
Avants, S. K., Singer, J. L., & Margolin, A. (1993–1994). Self-representations and negative affect in cocaine-dependent individuals. *Imagination, Cognition and Personality, 13*(1), 3–24.
Axelrod, S., & Wetzler, S. (1989). Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hospital and Community Psychiatry, 40,* 397–401.
Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. J., & Godley, M. D. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*(2), 105–112.
Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A clinical review. *Psychological Bulletin, 82,* 738–783.
Baer, J. S. (in press). Student factors: Understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies of Alcohol.*
Baer, J. S., Kivlahan, D. K., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy drinking college students: Four-year follow-up and natural history. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1310–1316.
Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Donovan, D. M. (1999). Integrating skills training and motivational therapies: Implications for the treatment of substance dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(1–2), 15–23.
Baker, A., & Dixon, J. (1991). Motivational interviewing for HIV risk reduction. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 293–302). New York: Guilford Press.
Baker, A., Heather, N., Wodak, A., Dixon, J., & Holt, P. (1993). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS, 7,* 247–256.
Baker, A., Kochan, N., Dixon, J., Heather, N., & Wodak, A. (1994). Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. *AIDS Care, 6*(5), 559–570.
Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research, 1*(2), 77–98.
Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.
Barbaree, H. E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections Research, 3*(4), 30–33.
Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.* New York: Guilford Press.
Barnett, N. P., Monti, P. M., & Wood, M. D. (2001). Motivational interviewing for alco-

hol-involved adolescents in the emergency room. In E. F. Wagner & H. B. Waldron (Eds.), *Innovations in adolescent substance abuse* (pp. 143–168). New York: Pergamon Press.

Basch, C. E., Sliepcevich, E. M., Gold, R. S., Duncan, D., & Kolbe, L. (1985). Avoiding Type III errors in health education program evaluations: A case study. *Health Education Quarterly, 12*, 315–331.

Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 53–88.

Baumrind, D., & Moselle, K. A. (1985). A developmental perspective on adolescent drug abuse. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 4*(3–4), 41–67.

Belcher, L., Kalichman, S., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F., & Nurss, J. (1998). A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 856–861.

Bellack, A. S. (1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Is it possible? Is it necessary? *Schizophrenia Bulletin, 18*, 43–50.

Bellack, A. S., & DiClemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 50*, 75–80.

Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74*, 183–200.

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1–62). New York: Academic Press.

Bepko, C., & Krestan, J. (1985). *The responsibility trap: A blueprint for treating the alcoholic family.* New York: Free Press.

Berg-Smith, S. M., Stevens, V. J., Brown, K. M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E., Greenberg, R., Snetselaar, L., Ahrens, L., & Smith, K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research, 14*(3), 399–410.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*, 347–356.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction, 88*, 315–336.

Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry, 129*, 513–531.

Blackwell, B. (1997). From compliance to alliance: A quarter century of research. In B. Blackwell (Ed.), *Treatment compliance and the therapeutic alliance* (pp. 1–15). Amsterdam: Harwood Academic.

Booth, R. E., Kwiatkowski, C., Iguchi, M. Y., Pinto, F., & John, D. (1998). Facilitating treatment entry among out-of-treatment injection drug users. *Public Health Reports, 113*(Suppl. 1), 116–128.

Borkovec, T. D., & Castonguay, L. G. (1998). What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 136–142.

Borkovec, T. D., & Whisman, M. A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 171–199). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Borrelli, B., Hecht, J., Enright, K., Hooper, S., Emmons, K., & Abrams, D. (1998). *A new channel for behavioral health intervention: The Visiting Nurse Association.* Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Borsari, B., & Carey, K. B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 728–733.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(4), 437–446.

Bradley, G. W. (1978). Self-serving biases in the attribution process: A re-examination of the fact or fiction question. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*(1), 56–71.

Brauer, M., Judd, C. M., & Gliner, M. D. (1995). The effects of repeated expressions on attitude polarization during group discussions. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(6), 1014–1029

Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control.* New York: Academic Press.

Brown, D., & Crace, R. K. (1996). Values in life role choices and outcomes: A conceptual model. *Career Development Quarterly, 44*, 211–223.

Brown, H. P., & Peterson, J. H. (1990). Rationale and procedural suggestions for defining and actualizing spiritual values in the treatment of dependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7, 17–46.

Brown, J. H., & Horowitz, J. E. (1993). Deviance and deviants: Why adolescent substance use prevention programs do not work. *Evaluation Review, 17*(5), 529–555.

Brown, J. M.(1998). Self-regulation and the addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 61–73). New York: Plenum Press.

Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211–218.

Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2001). *The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials.* Manuscript in preparation.

Butler, C. C., Pill, R., & Stott, N. C. (1998). Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *British Medical Journal, 316*, 1878–1881.

Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Russel, I., Bachmann, M., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomised trial. *British Journal of General Practice, 49*, 611–616.

Butler, C. C., Rollnick, S., Pill, R., Maggs-Rapport, F., & Stott, N. (1998). Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *British Medical Journal, 317*(7159), 637–642.

Carbonari, J. P., & DiClemente, C. C. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 68*(5), 810–817.

Carbonari, J. P., DiClemente, C. C., & Sewell, K. B. (1999). Stage transitions and the transtheoretical "stages of change" model of smoking cessation. *Swiss Journal of Psychology, 58*(2), 134–144.

Carey, K. B., Purnine, M. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 245–266.

Carey, M. P., Braaten, L. S., Maisto, S. A., Gleason, J. R., Forsyth, A. D., Durant, L. E., &

Jaworski, B. C. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial. *Health Psychology, 19*(1), 3–11.
Carey, M. P., Kalichman, S. C., Forsyth, A. D., Wright, E. M., & Johnson, B. T. (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 531–541.
Carey, M. P., Maisto, S. A., Kalichman, S. C., Forsyth, A. D., Wright, E. M., & Johnson, B. T. (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 531–541.
Carkhuff, R. R. (1969). Helper communication as a function of helper affect and content. *Journal of Counseling Psychology, 16*(2, Pt. 1), 126–131.
Carkhuff, R. R., Anthony, W. A., Cannon, J. R., Pierce, R. M., & Zigon, F. J. (1979). *The skills of helping: An introduction to counseling skills.* Amherst, MA: Human Resource Development Press.
Carney, M. M., & Kivlahan, D. R. (1995). Motivational subtypes among veterans seeking substance abuse treatment: Profiles based on stages of change. *Psychology of Addictive Behaviors, 9,* 1135–1142.
Carr, V. C. (1985). Telephone prompting to reduce missed CMHC appointments. *Hospital and Community Psychiatry, 36,* 1217–1218.
Carroll, K. (1997). Compliance and alcohol treatment: An overview. In K. Carroll (Ed.), *Improving compliance with alcoholism treatment* (Project MATCH Monograph Series, 6, pp. 5–12, NIH: Publication No. 97–4143). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Institutes of Health.
Cashin, J. R., Presley, C. A., & Meilman, P. W. (1998). Alcohol use in the Greek system: Follow the leader? *Journal of Studies on Alcohol, 59*(1), 63–70.
Centers for Disease Control (2000). *CDC fact book 2000/2001.* Washington, DC: Department of Health and Human Services.
Chafetz, M. E. (1961). A procedure for establishing therapeutic contact with the alcoholic. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 22,* 325–328.
Chafetz, M. E. (1968). Research in the alcohol clinic of an around-the-clock psychiatric service of the Massachusetts General Hospital. *American Journal of Psychiatry, 124,* 1674–1679.
Chafetz, M. E., Blane, H. T., Abram, H. S., Clark, E., Golner, J. H., Hastie, E. L., & McCourt, W. F. (1964). Establishing treatment relations with alcoholics: A supplementary report. *Journal of Nervous and Mental Disease, 138,* 390–393.
Chafetz, M. E., Blane, H. T., Abram, H. S., Golner, J. H., Hastie, E. L., & Meyers, W. (1962). Establishing treatment relations with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 134,* 395–409.
Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K., & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy, 15,* 144–155.
Chen, A. (1991). Noncompliance in community psychiatry: A review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry, 42,* 282–287.
Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health, 85*(1), 41–47.
Cherpitel, C. J. (1994). Injury and the role of alcohol: County-wide emergency room data. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18*(3), 679–684.
Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological dis-

tance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 458–463.

Claussen, B., & Aasland, O. G. (1993). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction, 88*, 363–368.

Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D. P., Rabin, B. S., & Gwaltney, J. M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Journal of the American Medical Association, 277*, 1940–1944.

Cohen, S., & Willis, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310–357.

Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., Woolard, R. H., & Lewander, W. J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 574–578.

Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions.* New York: Guilford Press.

Connors, G. J., Walitzer, K. S., & Derman, K. H. (2000, November). *Preparation for alcoholism treatment: Effects on treatment attendance and posttreatment drinking.* Paper presented at the annual meeting of the Society for Study of Alcohol and Other Drugs, Leeds, UK.

Conroy, W. J. (1979). Human values, smoking behavior, and public health programs. In M. Rokeach (Ed.), *Understanding human values.* New York: Macmillan.

Cooney, N. L., Zweben, A., & Fleming, M. F. (1995). Screening for alcohol problems and at risk-taking in health care settings. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed., pp. 45–60), New York: Allyn & Bacon.

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., Arico, S., Dall'Aglio, C., Addolorato, G., Giorgi, I., & the ASSALT Group. (1999). Outcome variables in the evaluation of alcoholics' treatment: Lessons from the Italian Assessment of Alcoholism Treatment (ASSALT) project. *Alcohol and Alcoholism, 34*, 873–881.

Cramer, J., Mattson, R., Prevey, M., Scheyer, R., & Ouellette, U. (1989). How often is medication taken as prescribed? *Journal of the American Medical Association, 261*(22), 3273–3277.

Creer, T., & Levstek, D. (1997). Adherence to asthma regimes. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research II: Provider determinants* (Vol. 2, pp. 269–284). New York: Plenum Press.

Crits-Christoph, P., Siqueland L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, G. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Dug Abuse collaborative cocaine treatment study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 493–502.

CSAT Treatment Improvement Protocol No. 35. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment* (DHHS Publication No. (SMA) 99-3354). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Daley, D. C., & Zuckoff, A. (1998). Improving compliance with the initial outpatient session among discharged inpatient dual diagnosis clients. *Social Work, 43*(5), 470–473.

Daley, D. C., & Zuckoff, A. (1999). *Improving treatment compliance: Counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders.* Center City, MN: Hazelden.

Daley, D. C., Salloum, I. M., Zuckoff, A., Kirisci, L., & Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: A pilot study. *American Journal of Psychiatry, 155,* 1611–1613.

Darley, J. M., & Batson, C. D. (1973). From Jerusalem to Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology,* 27, 100–119.

Darley, J. M., & Latane, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology, 8,* 377–383.

De Francesco, C. (2001). Reflections on the values card sort. *Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training* [Online]. Edition 8.2. Richmond, VA: Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center/Center for Substance Abuse Treatment. Available: www.motivationalinterview.org

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum Press.

Dempsey, R. (1996). Using motivational interviewing techniques in a prison setting and in the community with a partner. In R. E. Mann (Ed.), *Motivational interviewing with sex offenders: A practice manual* (pp. 30–35). Hull, UK: National Organisation for the Treatment of Abusers.

Dench, S., & Bennett, G. (2000). The impact of brief motivational intervention at the start of an outpatient day programme for alcohol dependence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28,* 121–130.

Dennis, M. L. (2000). *The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Preliminary findings.* Washington, DC: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.

Department of Health and Human Services. (2000). *10th special report to the United States Congress on alcohol and health: Highlights from current rearch.* Washington DC: National Institutes of Health.

deShazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process, 25,* 201–211.

DiClemente, C. C. (1994). If behaviors change, can personality be far behind. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality change* (pp. 175–198). Washington, DC: American Psychological Association.

DiClemente, C. C. (1999a). Motivation for change: Implications for substance abuse. *Psychological Science, 10*(3), 209–213.

DiClemente, C. C. (1999b). Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. *Clinical Psychology Review* [Special issue: prevention of children's behavioral and mental health problems: New horizons for psychology], *19*(4), 473–486.

DiClemente, C. C. (forthcoming). *Addiction and change: A transtheoretical analysis.* New York: Guilford Press.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., & Velasquez, M. M. (1992). Alcoholism treatment mismatching from a process of change perspective. In R. R. Watson (Ed.), *Treatment of drug and alcohol abuse* (pp. 115–142). Totowa, NJ: Humana Press.

DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrel, T., & Lee, R. E. (2001). Motiva-

tion hypothesis causal chain analysis. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH: A priori matching hypotheses, results, and mediating mechanisms* (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH Monograph Series, Vol. 8). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2*, 217–235.

DiClemente, C. C., Marinilli, A. S., Singh, M., & Bellino, L. E. (2001). The role of feedback in the process of health behavior change. *American Journal of Health Behavior, 25*, 217–227.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of change: Coping and competence in smoking behavior change. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance abuse* (pp. 319–342). New York: Academic Press.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 3–24). New York: Plenum Press.

DiClemente, C. C., & Scott, C. W. (1997). Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependent individual in treatment* (pp. 131–156). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

DiClemente, C. C., Story, M., & Murray, K. (2000). On a roll: The process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents, *Journal of Gambling Studies, 16*(2/3), 289–313.

DiIorio, C., Faherty, B., & Manteuffel, B. (1994). Epilepsy self-management: Partial replication and extension. *Research in Nursing and Health, 17*, 167–174.

Dimeff, L. A. (1998). Brief intervention for heavy and hazardous college drinkers in a student primary health care setting. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering, 58*(12–B), 6805.

Dishion, T. J. (in press). *The family checkup: A brief family intervention for adolescent problem behavior*. New York: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Dishion, T. J., & Kavanaugh, K. (in press). *Adolescent problem behavior: An intervention and assessment sourcebook*. New York: Guilford Press.

Diwan, S., & Littrell, J. (1996). Impact of small group dynamics on focus group data: Implications for social work research. *Journal of Applied Social Sciences, 20*(2), 95–106.

Dobscha, S. K., Delucchi, K., & Young, M. L. (1999). Adherence with referrals for outpatient follow-up from a VA psychiatric emergency room. *Community Mental Health Journal, 35*, 451–458.

Doherty, Y., Hall, D., James, P., Roberts, S., & Simpson, J. (2000). Change counselling in diabetes: The development of a training programme for the diabetes team. *Patient Education and Counseling, 40*, 263–278.

Donovan, D. M., Rosengren, D. B., Downey, L., Cox, G. B., & Sloan, K. L. (2001). Attrition prevention with individuals awaiting publicly funded drug treatment. *Addiction, 96*, 1149–1160.

Dowden, C., & Andrews, D. A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology, 42*(4), 449–467.

Downey, L., Rosengren, D. B., & Donovan, D. M. (2000). To thine own self be true: Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. *Addictive Behaviors, 25*, 743–757.

Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with severe mental illness: A review of recent research. *Schizophrenia Bulletin, 24*(4), 589–608.

Dunn, C., DeRoo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction, 96*(12), 1725–1742.

Easton, C., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 1–5.

Edwards, A. L. (1953). *Edwards Personal Preference Schedule*. New York: Psychological Corporation.

Edwards, G., & Orford, J. (1977). A plain treatment for alcoholism. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 70*, 344–348.

Ellickson, P. L., & Bell, R. M. (1990). Drug prevention in junior high: A multi-site longitudinal test. *Science, 247*(4948), 1299–1305.

Emmons, K. M., Hammond, S. K., Fava, J. L., Velicer, W. F., Evans, J. L., & Monroe, A. D. (in press). A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low income households with young children. *American Journal of Preventive Medicine*.

Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings: Opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine, 20*(1), 68–74.

Ershoff, D. H., Quinn, V. P., Boyd, N. R., Stern, J., Gregory, M., & Wirtschafter, D. (1999). The Kaiser Permanente prenatal smoking cessation trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine, 17*(3), 161–168.

Farrall, M. (2001). The use of motivational interviewing techniques in offending behaviour group work. *Motivational Interviewing Newsletter: Updates, Education and Training, 8*(1), 8–12.

Fazio, R., & Zanna, M. (1981). Direct experience and attitude behavior consistency. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 14, pp. 162–202). New York: Academic Press.

Feather, N. T. (1992). Values, valences, expectations, and actions. *Journal of Social Issues, 48* 109–124.

Ferguson, R. T. (1998). Motivational interviewing with less motivated driving under the influence of alcohol second offenders with an exploration of the processes related to change (Doctoral dissertation, University of Wyoming, 1998). *Dissertation Abstracts International, 59*(1–B), 0415.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Fiester, A. R., Cooley, M. L., & Bausinger, L. (1979). The effect of phone prompts on nonattendance rates at a CMHC aftercare center. *Hospital and Community Psychiatry, 30*, 312.

Fiorentine, R., & Anglin, M. D.(1996). More is better: Counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*, 341–348.

Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
Fishman, P., Taplin, S., Meyer, D., & Barlow, W. (2000). Cost-effectiveness of strategies to enhance mammography use. *Effective Clinical Practice, 4*, 213–220.
Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A., & Stahl, S. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*, 181–192.
Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
Fromm, E. (1956). *The art of loving*. New York: Harper & Row.
Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
Garland, R. J., & Dougher, M. J. (1991). Motivational intervention in the treatment of sex offenders. In W. R. Miller, & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 303–313). New York: Guilford Press.
Gaylin, N. L., Esser, U., Schneider, I., Rombauts, J., & Devriendt, M. (1990). Couple and family therapy. In G. Lietaer & J. Rombauts (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 813–863). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation. What we know and what needs to be done. *Criminal Justice and Behavior, 23*(1), 144–161.
Gentilello, L. M., Rivara, F. P., Donovan, D. M., Jurkovich, G. J., Daranciang, E., Dunn, C. W., Villaveces, A., Copass, M., & Ries, R. (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Annals of Surgery, 230*(4), 473–483.
George, W. H., & Marlatt, G. A. (1989). Introduction. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 1–31). New York: Guilford Press.
Gfroerer, J. C., Greenblatt, J. C., & Wright, D. A. (1997). Substance use in the U. S. college-age population: Differences according to educational status and living arrangement. *American Journal of Public Health, 87*(1), 62–65.
Ginsburg, J. I. D. (2000). *Using motivational interviewing to enhance treatment readiness in offenders with symptoms of alcohol dependence*. Unpublished doctoral dissertation, Carleton University, Ottawa, Ontario, Canada.
Glanz, K. (1979). Strategies for nutritional counseling: Dietitians' attitudes and practice. *Journal of the American Dietetic Association, 74*(4), 431–437.
Glanz, K., Patterson, R. E., Kristal, A. R., DiClemente, C. C., Heimendinger, J., Linnan, L., & Ockene, J. (1994). Stages of change in adopting healthy diets: Fat, fiber and correlates of nutrient intake. *Health Education Quarterly, 21*(4), 499–519.
Glasgow, R. E., & Rosen, G. M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin, 85*, 1–23.
Glasgow, R., Whitlock, E., Eakin, E., & Lichtstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health, 90*(5), 786–789.
Goldstein, M., DePue, J., Monroe, A., Willey Lesne, C., Rakowski, W., Prokhorov, A., Niaura, R., & Dube, C. (1998). A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Preventive Medicine, 27*, 720–729.
Golombeck, H., Marton, P., Stein, B. A., & Korenblu, M. (1989). Adolescent personality

development: Three phases, three courses, and varying turmoil. *Canadian Journal of Psychiatry, 34*(6), 500–504.

Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training*. New York: Wyden.

Gould, R. A., & Clum, G. A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review, 13*, 169–186.

Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2000, June). *Comparison of motivational interviewing and educational intervention in patients with schizophrenia and alcoholism*. Paper presented at the scientific meeting of the Research Society on Alcoholism, Denver, CO.

Granfield, R., & Cloud, W. (1996). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. *Journal of Drug Issues, 26*, 45–61.

Greenberg, L. S., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.

Grimley, D. M., Riley, G. E., Bellis, J. M., & Prochaska, J. O. (1993). Assessing the stages of change and decision-making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and acquired immunodeficiency syndrome. *Health Education Quarterly, 20*(4), 455–470.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.

Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 285–287.

Hansen, W. B., & Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine, 20*, 414–430.

Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348–362.

Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., & Howel, D. (1999). The Newcastle exercise project: A randomized controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *British Medical Journal, 319*, 828–831.

Harper, R., & Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work, 30*, 393–400.

Harris, K. B., & Miller, W. R. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychology of Addictive Behaviors, 4*, 82–90.

Hayward, P., Chan, N., Kemp, R., & Youle, S. (1995). Medication self-management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health, 4*(5), 511–517.

Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction, 88*, 1667–1677.

Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review, 15*(1), 29–38.

Hermans, H. J. (1987). Self as an organized system of valuations: Toward a dialogue with the person. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 10–19.

Hochstadt, N. J., & Trybula, Jr., J. (1980). Reducing missed initial appointments in a community mental health center. *Journal of Community Psychology, 8*, 261–265.

Hogue, T. E., & Mann, R. E. (2000, November). *Working with sexual offenders: Can we*

predict who makes a good therapist? Workshop presented at the 19th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Diego, CA.

Horn, J. L., Wanbe. G., K. W., & Foster, F. M. (1990). *Guide to the Alcohol Use Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.

Hser, Y., Maglione, M., Polinsky, M. L., & Anglin, M. D. (1997). Predicting drug treatment entry among treatment-seeking individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 213–220.

Hu, T-w, Hunkeler, E. M., Weisner, C., Li, E., Grayson, D. K., Westphal, J., & McClellan, A. T. (1997). Treatment participation and outcome among problem drinkers in a managed care alcohol outpatient treatment program. *Journal of Mental Health Administration, 24*, 23–34.

Hughes, R. (1987). *The fatal shore: The epic of Australia's founding*. New York: Knopf.

Husby, R. (1985). Short-term dynamic psychotherapy: III. A 5-year follow-up of 36 neurotic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 43*, 17–22.

Ingersoll, K. S., Wagner, C. C., & Gharib, S. (2000). *Motivational groups for community substance abuse programs*. Richmond, VA: Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center/Center for Substance Abuse Treatment.

Isenhart, C. E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behaviors, 19*, 463–475.

Ito, J. R., Donovan, D. M., & Hall, J. J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: Effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *British Journal of Addictions, 83*, 171–181.

Jacob, T., & Leonard, K. (1988). Alcoholic-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 231–237.

Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.

Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 300–307.

Jamieson, Beals, Lalonde, & Associates. (2000). *Motivational enhancement treatment (MET) manual. Theoretical foundation and structured curriculum. Individual and group sessions*. Developed for the State of Maine, Department of Mental Health, Mental Retardation and Substance Abuse Services, Office of Substance Abuse. Ottawa, Ontario, Canada: Author.

Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.

Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 566–576.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*(4), 374–390.

Johnson, V. E. (1986). *Intervention: How to help those who don't want help*. Minneapolis, MN: Johnson Institute.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2000a). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (2000b). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: 1975–1999. Vol. II: College students and young adults*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
Jones, R. A. (1977). *Self-fulfilling prophecies: Social, psychological and physiological effects of expectancies*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Joseph, J., Breslin, C., & Skinner, H. (1999). Critical perspectives on the transtheoretical model and stages of change. In J. A. Tucker, D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies* (pp. 160–190). New York: Guilford Press.
Joyce, L. T. (1990). The new revolving-door patients: Results from a national cohort of first Admissions. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 82*, 130–135.
Juárez, P. (2001). *A randomized trial of motivational interviewing and feedback on heavy drinking college students*. Unpublished master's thesis, University of New Mexico, Albuquerque.
Kadden, R., Carroll, K. M., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (NIAAA Project MATCH Monograph Series, Vol. 3, DHHS Publication No. ADM 92–1895). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
Kanfer, F. H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 29–47). New York: Plenum Press.
Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
Kear-Colwell, J., & Pollock, P. (1997). Motivation or confrontation. Which approach to the child sex offender? *Criminal Justice and Behavior, 24*(1), 20–33.
Kelly, J. A. (1995). *Changing HIV risk behavior: Practical strategies*. New York: Guilford Press.
Kemp, R., David, A., & Hayward, P. (1996). Compliance therapy: An intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24*, 331–350.
Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal, 312*, 345–349.
Kemp, R., Kirov, G., Everitt, B., Hayward, P., & David, A. (1998). Randomised controlled trial of compliance therapy: 18–month follow-up. *British Journal of Psychiatry, 172*, 413–419.
Kennerley, R. J. (2000). The ability of a motivational pre-group session to enhance readiness for change in men who have engaged in domestic violence (Doctoral dissertation, University of South Carolina, 2000). *Dissertation Abstracts International, 60*(7-B), 3569.
Konopasky, R. J., & Konopasky, A. W. B. (2000). Remaking penile plethysmography. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 257–284). Thousand Oaks, CA: Sage.
Koumans, A. J. R., & Muller, J. J. (1965). Use of letters to increase motivation in alcoholics. *Psychological Reports, 16*, 1152.
Koumans, A. J. R., Muller, J. J., & Miller, C. F. (1967). Use of telephone calls to increase motivation for treatment in alcoholics. *Psychological Reports, 21*, 327–328.

Kreuter, M. W., Strecher, V. J., & Glassman, B. (1999). One size does not fit all: The case for tailoring print materials. *Annals of Behavioral Medicine, 21*(4), 276–283.
Kristiansen, C. M. (1985). Value correlates of preventive health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 748–758.
Krulee, D. A., & Hales, R. E. (1988). Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *General Hospital Psychiatry, 10*, 339–345.
Kuchipudi, V., Hobein, K., Fleckinger, A., & Iber, F. L. (1990). Failure of a 2–hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol, 51*, 356–360.
Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: A revision and summary. *Psychological Bulletin, 81*, 107119.
Lando, H. A., Valanis, B. G., Lichtenstein, E., Curry, S. J., McBride, C. M., Pirie, P. L., & Grothaus, L. C. (2001). Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: A comparison of two approaches. *American Journal of Managed Care, 7*(7), 685–693.
Larimer, M. E., Turner, A., Anderson, B., Lydum, A., Kilmer, J. R., Palmer, R. S., & Fader, J. (2001). Brief motivational intervention for alcohol abuse prevention in college fraternities. *Journal of Studies on Alcohol, 62*(3), 370–380.
Larivière, M., & Robinson, D. (1996). *Attitudes of federal correctional officers towards offenders* (Research Report No. R-44). Ottawa, Ontario, Canada: Correctional Service of Canada.
Lash, S. J. (1998). Increasing participation in substance abuse aftercare treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 24*, 31–36.
Lash, S. J., & Blosser, S. L. (1999). Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 55–60.
Latane, B., & Darley, J. M. (1968). Group inhibition of bystander intervention in emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology, 10*, 215–221.
Laws, D. R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press.
Leake, G. J., & King, A. S. (1977). Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health and Research World, 11*(3), 16–22.
Lincourt, P., Kuettel, T. J., & Bombardier, C. H. (in press). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: A pilot study. *Addictive Behaviors.*
Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48*(12), 1181–1209.
Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *Psychological Science, 1*, 240–246.
Longabaugh, R., & Beattie, M. (1985). Optimizing the cost-effectiveness of alcoholism treatment. In *Future directions in alcohol abuse treatment* (ADAMHA Research Monograph, No. 15, DHHS Publication No. ADM 85–1322, pp. 104–136). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
Longabaugh, R., Beattie, M., Noel, N., Stout, R., & Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 54* (4), 465–478.
Longabaugh, R., Wirtz, P. W., & Clifford, P. R. (1995). *The important people and activities instrument.* Providence, RI: Brown University.
Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(1), 95–106.

Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.

Ludman, E., Curry, S., Meyer, D., & Taplin, S. (1999). Implementation of outreach telephone counseling to promote mammography participation. *Health Education and Behavior, 26*(5), 689–702.

Maio, R. F., Portnoy, J., Blow, F. C., & Hill, E. (1994). Injury type, injury severity, and repeat occurrence of alcohol-related trauma in adolescents. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18*, 261–264.

Malan, D. H., Heath, E. S., Bacal, H. A., & Balfour, F. H. (1975). Psychodynamic changes in untreated neurotic patients: II. Apparently genuine improvements. *Archives of General Psychiatry, 32*, 110–126.

Mann, R. E. (Ed.). (1996). *Motivational interviewing with sex offenders: A practice manual.* Hull, UK: National Organisation for the Treatment of Abusers.

Mann, R. E. (2000). Managing resistance and rebellion in relapse prevention intervention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 187–200). Thousand Oaks, CA: Sage.

Mann, R. E., Ginsburg, J. I. D., & Weekes, J. (2002). Motivational interviewing with offenders. In M. McMurran (Ed.), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy.* Chichester, UK: Wiley.

Mann, R. E., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24*, 127–134.

Mann, R. E., & Shingler, J. (2001). *Collaborative risk assessment with sexual offenders.* Unpublished manuscript.

Manohar, V. (1973). Training volunteers as alcoholism treatment counselors. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34*, 869–877.

Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Abrams, D. B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology, 11*(6), 386–395.

Markham, M. R., Miller, W. R., & Archiniega, L. (1993). BACCuS 2. 01: Computer software for quantifying alcohol consumption. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers, 25*, 420–421.

Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., & Williams, E. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: Results from a two-year follow-up assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(4), 604–615.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford Press.

Marques, J. K., Nelson, C., Alarcon, J.-M., & Day, D. M. (2000). Preventing relapse in sex offenders: What we learned from SOTEP's experimental treatment program. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 321–340). Thousand Oaks, CA: Sage.

Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders.* Chichester, UK: Wiley.

Marshall, W. L., Thornton, D., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., & Mann, R. E. (2001). Treatment of sexual offenders who are in categorical denial: A pilot project. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 13*(3), 205–216.

Martin, J. E., Calfas, K. J., Patten, C. A., Polarek, M., Hofstetter, R., Noto, J., & Beach, D. (1997). Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering

alcoholics: One-year results of Project SCRAP-tobacco. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 190–194.
Martin, J. E., Noto, J. V., & Walters, S. T. (2000, September). *A controlled trial of motivational feedback-based group vs. written intervention in heavy drinking college students: Project AIM-Greek collaboration.* Paper presented at the international conference on Treatment of Addictive Behaviors, Cape Town, South Africa.
Martino, S., Carroll, K. M., O'Malley, S. S., & Rounsaville, B. J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal on Addictions, 9,* 88–91.
Maslow, A. (1967). Neurosis as a failure of personal growth. *Humanitas, 3,* 153–170.
Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
Matas, M., Staley, D., & Griffin, W. (1992). A profile of the noncompliant patient: A thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry, 14,* 124–130.
Mattson, M. E. (1998). Finding the right approach. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 163–172). New York: Plenum Press.
Mattson, M., DelBoca, F., Cooney, N., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., Rice, C. L., & Zweben, A. (1998). Patient compliance in Project MATCH: Session attendance predictors and relationship to outcome. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 11*(6), 1328–1339.
McCaskill, P. A., Toro, P. A., & Wolfe, S. M. (1998). Homeless and matched housed adolescents: A comparative study of psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(3), 306–319.
McConnaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy Practice and Research, 26,* 494–503.
McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (1995). Directions for research on alcoholic relationships: Marital- and individual-based models of heterogeneity. *Psychology of Addictive Behaviors, 9,* 157–166.
McCullough, J. P., McCune, K. J., Kaye, A. L., Braith, J. A., Friend, R., Roberts, W. C., Belyea-Caldwell, S., Norris, S. L., & Hampton, C. (1994). One-year prospective replication study of an untreated sample of community dysthymia subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182,* 396–401.
McMurran, M., & Hollin, C. R. (1993). *Young offenders and alcohol related crime: A practitioner's guidebook.* Chichester, UK: Wiley.
Mercer-McFadden, C., Drake, R. E., Brown, N. B., & Fox, R. S. (1997). The Community Support Program demonstrations of services for young adults with severe mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*(3), 13–24.
Mhurchu, C. N., Margetts, B. M., & Speller, V. (1998). Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. *Clinical Science, 95*(4), 479–487.
Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67,* 371–378.
Miller, E. T. (1999). *Preventing alcohol abuse and alcohol-related negative consequences among freshman college students: Using emerging computer technology to deliver and evaluate the effectiveness of brief intervention efforts.* Seattle: University of Washington Press.
Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11,* 147–172.

Miller, W. R. (1985). *Living as if: How positive faith can change your life*. Philadelphia: Westminster Press.

Miller, W. R. (1987). Techniques to modify hazardous drinking patterns. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism* (Vol. 5, pp. 425–438). New York: Plenum Press.

Miller, W. R. (1991). Emergent treatment concepts and techniques. *Annual Review of Addictions Research and Treatment, 2*, 283–295.

Miller, W. R. (1992). *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*. Albuquerque, NM: Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions.

Miller, W. R. (1994). Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 111–123.

Miller, W. R. (1996a). Manual for Form 90: A structured assessment interview for drinking and related behaviors (NIAAA Project MATCH Monograph Series, Vol. 5, DHHS Publication No. ADM 96–4004). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Miller, W. R. (1996b). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors, 21*(6), 835–842.

Miller, W. R. (1998a). Enhancing motivation for change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 121–132). New York: Plenum Press.

Miller, W. R. (1998b). Toward a motivational definition and understanding of addiction. *Motivational Interviewing Newsletter for Trainers, 5*, 3.

Miller, W. R. (Ed.). (1999a). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment* (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 35). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

Miller, W. R. (1999b). Pros and cons: Reflections on motivational interviewing in correctional settings. *Motivational Interviewing Newsletter for Trainers, 6*(1), 2–3.

Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*, 6–18.

Miller, W. R. (Ed.). (in press). *Project COMBINE Combined Behavioral Intervention: Therapist manual*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Miller, W. R., Andrews, N. R., Wilbourne, P., & Bennett, M. E. (1998). A wealth of alternatives: Effective treatments for alcohol problems. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (2nd ed., pp. 203–216). New York: Plenum Press.

Miller, W. R., & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy, 14*, 441–448

Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 455–461.

Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 3–79). Sydney: Maxwell Macmillan Publishing Australia.

Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K., & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester &

W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed., pp. 12–44). Boston: Allyn & Bacon.
Miller, W. R., & C'de Baca, J. (1994). Quantum change: Toward a psychology of transformation. In T. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 252–280). Washington, DC: American Psychological Association.
Miller, W. R., & C'de Baca, J. (2001). *Quantum change: When epiphanies and sudden insights transform ordinary lives.* New York: Guilford Press.
Miller, W. R., & Heather, N. (Eds.). (1998). *Treating addictive behaviors: Processes of change* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
Miller, W. R., Heather, N., & Hall, W. (1991). Calculating standard drink units: International comparisons. *British Journal of Addiction, 86*, 43–47.
Miller, W. R., Hedrick, K. E., & Taylor, C. A. (1983). Addictive behaviors and life problems before and after behavioral treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors, 8*, 403–412.
Miller, W. R., & Marlatt, G. A. (1984). *The Comprehensive Drinker Profile.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Miller, W. R., & Marlatt, G. A. (1987). *Manual supplement for the Brief Drinker Profile, Follow-up Drinker Profile, and Collateral Interview Form.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Miller, W., & Mount, K. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 457–471.
Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press.
Miller, W. R., & Sovereign, R. G. (1989). Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219–231). Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-Up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy, 16*, 251–268.
Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 590–601.
Miller, W. R., Toscova, R. T., Miller, J. H., & Sanchez, V. (2000). A theory-based motivational approach for reducing alcohol/drug problems in college. *Health Education Behavior, 27*, 744–759.
Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R., (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Project MATCH Monograph Series, Vol. 2). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R., & Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 989–994
Moos, R. H., Finney, J. W., & Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome.* New York: Oxford University Press.
Moskowitz, J. M. (1985). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol, 50*(1), 54–88.

Moss, M. K., & Arend, R. A. (1977). Self-directed contact desensitization. *Journal of Consulting & Clinical Psychology 45*(5), 730–738.
Mowrer, O. (1945). Time as a determinant in integrative learning. *Psychological Review, 52*, 61–90.
Mowrer, O. (1966). Integrity therapy: A self-help approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 3*, 114–119.
Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC: National Academy Press, Committee on Prevention of Mental Disorders Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine.
Mueser, K. T., Bennett, M., & Kushner, M. G. (1995). Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses. In A. F. Lehman & L. Dixon (Eds.), *Double jeopardy: Chronic mental illness and substance abuse* (pp. 9–25). New York: Harwood Academic.
Mueser, K. T., Drake, R. E., & Noordsy, D. L. (1998). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4(3), 129–139.
Mueser, K. T., & Noordsy, D. L. (1996). Group treatment for dually diagnosed clients. In R. E. Drake & K. T. Mueser (Eds.), *Dual diagnosis of major mental illness and substance abuse disorder: II. Recent research and clinical implications* (pp. 33–51). San Francisco: Jossey-Bass.
Murphy, C. M., & Baxter, V. A. (1997). Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(4), 607–619.
Murphy, J. G., Duchnick, J. J., Vuchinich, R. E., Davison, J. W., Karg, R. S., Olson, A. M., Fry, A., & Coffey, T. T. (2000). *Relative efficacy of a brief motivational intervention for college students.* Unpublished manuscript, Auburn University.
Murphy, R. T., Cameron, R. P., Rosen, C., & Thompson, K. (2000). *Motivation to change PTSD symptoms: A model of treatment.* Manuscript submitted for publication.
Murphy, R. T., Cameron, R. P., Sharp, L., Rosen, C., Drescher, K., & Gusman, D. F. (2000). *Readiness to change PTSD symptoms and related behaviors among veterans participating in a motivational enhancement group.* Manuscript submitted for publication.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services. (1995). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Project MATCH Monograph Series, NIH Publication No. 94-3723). Rockville, MD: Author.
Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults.* Newbury Park, CA: Sage.
Nielson, B., Nielson, A. S., & Wraae, O. (2000). Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 101–107.
NIMH Multisite HIV Prevention Trial. (1998). The NIMH Multisite HIV prevention trial: Reducing HIV sexual risk behavior. *Science, 280*, 1889–1994.
Noonan, W. C. (1995a). *Group motivational enhancement therapy.* Unpublished manuscript.
Noonan, W. C. (1995b). *Group motivational interviewing as an enhancement to outpatient alcohol treatment.* Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Noonan, W. C., & Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing: A review. *Journal of Substance Misuse, 2*, 8–16.

Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. (1992). *Twelve step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (NIAAA Project MATCH Monograph Series, Vol. 1, DHHS Publication No. ADM 92–1893). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Nye, E. C., Agostinelli, G., & Smith, J. E. (1999). Enhancing alcohol problem recognition: A self-regulation model for the effects of self-focusing and normative information. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 685–693.

O'Farrell, T. J., & Maisto, S. A. (1987). The utility of self-report and biological measures of alcohol consumption in alcoholism treatment outcome studies. *Advances in Behaviour Research and Therapy* [Special Issue: Two decades of behavioral research in the alcohol field: Change, challenge, and controversy], 9(2–3), 91–125.

Offer, D., & Schonert-Reichl, K. A. (1992). Debunking the myths of adolescence: findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1003–1014.

O'Hanlon, W., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.

Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C. A., & Hansell, S. (1998). Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services, 49*, 911–917.

Onken, L. S., Blaine, J. D., & Boren, J. J. (Eds.). (1997). *Beyond the therapeutic alliance: Keeping the drug-dependent individual in treatment* (NIDA Research Monograph 165, NIH Publication No. 97–4142). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Owen, C., Rutherford, V., Jones, M., Tennant, C., & Smallman, A. (1997). Noncompliance in psychiatric aftercare. *Community Mental Health Journal, 33*, 25–34.

Owen, R. R., Fischer, E. P., Booth, B. M., & Cuffel, B. J. (1996). Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 47*(8), 853–858.

Parker, M. W., Winstead, D. K., & Willi, F. J. P. (1979). Patient autonomy in alcohol rehabilitation: I. Literature review. *International Journal of the Addictions, 14*, 1015–1022.

Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinent for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 846–851.

Peele, S. (1990). Addiction as a cultural concept. *Annals of the New York Academy of Sciences, 602*, 205–220.

Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, Y. U, & Johnson, A. (1989). A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects of drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association, 22*, 3259–3266.

Perz, C. A., DiClemente, C. C., & Carbonari, J. P. (1996). Doing the right thing at the right time? Interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology, 15*, 462–468.

Peterson, A. C. (1993). Presidential address: Creating adolescents: The role of context and process in developmental trajectories. *Journal of Research on Adolescence, 3*, 1–18.

Peterson, P. L. (1998). *Motivational enhancement to reduce risk of street youth.* Grant proposal funded by National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (No. 5 R01 112167).

Pill, R., Rees, M. E., Stott, N. C., & Rollnick, S. R. (1999). Can nurses learn to let go? Issues arising from an intervention designed to improve patients' involvement in their own care. *Journal of Advanced Nursing, 29*(6), 1492–1499.

Pillay, A. L., & Wassenaar, D. R. (1995). Psychological intervention, spontaneous remission, hopelessness, and psychiatric disturbance in adolescent parasuicides. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*, 386–392.

Premack, D. (1970). Mechanisms of self-control. In W. A. Hunt (Ed.), *Learning mechanisms in smoking* (pp. 107–123). Chicago: Aldine.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19*, 276–288.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390–395.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102–1114.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1993). Standardized individualized, interactive and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology, 12*, 399–405.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C. Guadagnoli, J. O., & Rossi, J. S. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research, 26*, 83–107.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology, 13*(1), 39–46.

Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 7–29.

Project MATCH Research Group. (1997b). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction, 92*, 1671–1698.

Project MATCH Research Group. (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23*(60), 1300–1311.

Project MATCH Research Group. (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects during treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 631–639.

Project MATCH Research Group. (1998c). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455–474.

Rakowski, W., Dube, C. E., Marcus, B. H., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Abrams, D. B. (1992). Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychology, 11*(2), 111–118.

Rao, S. A. (1999). The short-term impact of the family check-up: A brief motivational intervention for at-risk families. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering, 59*(7–B), 3710.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., &

Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2511–2518.
Resnicow, K., Coleman-Wallace, D., Jackson, A., DiGirolamo, A., Odom, E., Wang, T., Dudley, W., Davis, M., & Baranowski, T. (2000). Dietary change through black churches: Baseline results and program description of the Eat for Life trial. *Journal of Cancer Education, 15*, 156–163.
Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J., Borrelli, B., Ernst, D., & Hecht, J. (2001). *Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing.* Manuscript under review.
Resnicow, K., Jackson, A., Braithwaite, R., DiIorio, C., Blisset, D., Perisamy, S., & Rahotep, S. (in press). Healthy Body/Healthy Spirit: Design and evaluation of a church-based nutrition and physical activity intervention using motivational interviewing. *Health Education Research.*
Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., Dudley, W., & Baranowski, T. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: Results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health, 91*, 1686–1693.
Resnicow, K., Odom, E., Wang, T., Dudley, W., Mitchell, D., Vaughan, R., Jackson, A., & Baranowski, T. (2000). Validation of three food frequency questionnaires and twenty-four hour recalls with serum carotenoids in a sample of African American adults. *American Journal of Epidemiology, 152*, 1072–1080.
Richmond, R. L., Bell, A. P., Rollnick, S., & Heather, B. B. (1996). Screening for smokers in four Sydney teaching hospitals. *Journal of Cardiovascular Risk, 3*, 199–203.
Roberts, L. J., Neal, D. J., Kivlahan, D. R., Baer, J. S., & Marlatt, G. A. (2000). Individual drinking changes following a brief intervention among college students: Clinical significance in an indicated preventive context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 500–505.
Roberts, M. (1997). *The man who listens to horses*. New York: Random House.
Roffman, R. (2000). *The Teen Marijuana Check-up*. Grant proposal submitted to the National Institute on Drug Abuse.
Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science:* Vol. 3. *Formulations of the person and the social contexts* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghlin Mifflin.
Rogers, C. R. (1964). Toward a modern approach to values: The valuing process in the mature person. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 68*(2), 160–167.
Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: Free Press.
Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
Rokeach, M. (Ed.). (1979). *Understanding human values*. New York: Macmillan.
Rollnick, S. (1996). Behaviour change in practice: Targeting individuals. *International Journal of Obesity and Related Metabolic, 20*(Suppl. 1), S22–S26.
Rollnick, S. (1998). Readiness, importance, and confidence: Critical conditions of change in treatment. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 49–60). New York: Plenum Press.
Rollnick, S., & Bell, A. (1991). Brief motivational interviewing for use by the nonspecialist. In W. R. Miller, & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 203–213). New York: Guilford Press.

Rollnick, S., Butler, C. C., & Stott, N. (1997). Helping smokers make decisions: The enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education and Counseling, 31*(3), 191–203.

Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health, 1*, 25–39.

Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. C. (2002). Context-bound communication skills training: Development of a new method. *Medical Education, 36*, 377–383.

Rollnick, S. Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners.* London: Churchill Livingstone.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), 325–334.

Rollnick, S., & Morgan, M. (1995). Motivational interviewing: Increasing readiness for change. In A. M. Washton (Ed.), *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook* (pp. 179–191). New York: Guilford Press.

Ross, R. R., & Lightfoot, L. O. (1985). Developing alcohol abuse programs for offenders. In R. R. Ross & L. O. Lightfoot (Eds.), *Treatment of the alcohol-abusing offender* (pp. 86–144). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research, 10*, 408–420.

Rusk, T. N., & Ervin, H. N. (1996). Guiding self-change: A new model for brief psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 26*, 327–336.

Ryan, R., Fisher, D., Krutch, B., & Downey, L. (2001, August). *Using assessment and motivational feedback to reduce HIV transmission rates among HIV+ MSM.* Paper presented at the National HIV Prevention Conference, Atlanta.

Ryan, R .M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68–78.

Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors, 20*(3), 279–297.

Sanchez, F. (2000). *A values-based intervention for alcohol problems.* Doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Saunders, B., Wilkinson, C., & Allsop, S. (1991). Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic. In W. R. Miller & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 279–292). New York: Guilford Press.

Saunders, B., Wilkinson, C., & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction, 90*, 415–424.

Schmidt, M. M., & Miller, W. R. (1983). Amount of therapist contact and outcome in a multidimensional depression treatment program. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 319–332.

Schneider, R. J., Casey, J., & Kohn, R. (2000). Motivational versus confrontational interviewing: A comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 27*(1), 60–74.

Schuman, H., & Johnson, M. (1976). Attitudes and behavior. *Annual Review of Sociology, 2*, 161–207.

Schwartz, S. H. (1974). Awareness of interpersonal consequences, responsibility denial, and volunteering. *Journal of Personality and Social Psychology, 30*, 57–63.
Schwartz, S. H., & Ames, R. E. (1977). Positive and negative referent others as sources of influence: A case of helping. *Sociometry, 40*, 12–21.
Schwartz, S. H., & Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 550–562.
Schwartz, S. H., & Howard, J. A. (1980). Explanations of the moderating effect of responsibility denial on the personal norm behavior relationship. *Social Psychology Quarterly, 43*, 441–446.
Schwartz, S. H., & Inbar-Saban, N. (1988). Value self-confrontation as a method to aid in weight loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 396–404.
Sefarbi, R. (1990). Admitters and deniers among adolescent sex offenders and their families: A preliminary study. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*(3), 460–465.
Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry, 127*, 1653–1658.
Selzer, M., Vinokur, A., & Van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol, 36*, 117–126.
Shaffer, H. J. (1992). The psychology of stage change: The transition from addiction to recovery. In J. H. Lowison, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2nd ed., pp. 100–105). Baltimore: Williams & Wilkins.
Shapiro, A. K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 439–473). New York: Wiley.
Shiffman, S. (1982). Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 71–86.
Shoham, V., & Rohrbaugh, M. (1995). Aptitude x treatment interaction research: Sharpening the focus, widening the lens. In M. Aveline & D. Shapiro (Eds.), *Research foundations for psychotherapy research* (pp. 73–95). Sussex, England: Wiley.
Shoham, V., Rohrbaugh, M. J., Stickle, T. R., & Jacob, T. (1998). Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology, 12*(4), 1–21.
Shope, J. T. (1988). Compliance in children and adults: Review of studies. In D. S. I. E. Leppik (Ed.), *Compliance in epilepsy* (pp. 23–47). Amsterdam: Elsevier.
Simon, S., Howe, L., & Kirschenbaum, H. (1995). *Values clarification: A practical, action-directed workbook.* New York: Warner Books.
Simpson, D. D., Brown, B. S., & Joe, G. W. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*, 294–307.
Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30*, 357–368.
Simpson, T. L., Arroyo, J. A., Miller, W. R., & Little, L. M. (1999). [Desired Effects of Drinking Questionnaire]. Unpublished raw data.
Sims, J., Smith, J., Duffy, A., & Hilton, S. (1998). Can practice nurses increase physical activity in the over 65's? Methodologic considerations from a pilot study. *British Journal of General Practice, 48*, 1249–1250.
Singh, N., Squier, C., Sivek, C., & Wagener, M. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: Pro-

spective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care, 8*(3), 261–269.
Skinner, H. A., & Allen, B. A. (1983). Differential assessment of alcoholism: Evaluation of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol, 44*(5), 852–862.
Slesnick, N., Meyers, R. J., Meade, M., & Segelken, D. H. (1999). Bleak and hopeless no more: Engagement of reluctant substance-abusing runaway youth and their families. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 215–222.
Smart, R. G. (1974). Employed alcoholics treated voluntarily and under constructive coercion: A follow-up study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35*, 196–209.
Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care, 20*(1), 53–54.
Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Litten & J. P. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychological and biochemical methods* (pp. 41–42). Totowa, NJ: Humana Press.
Sobell, L. C., Sobell, M. B., Brown, J. C., Cleland, P. A., & Buchan, G. (1995, November). *A randomized trial comparing group versus individual guided self-change treatment for alcohol and drug abusers.* Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Leo, G. I. (1993). *Spousal support: A motivational intervention for alcohol abusers.* Poster session presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA.
Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greely (Eds.), *Self-control and the addictive behaviors.* New York: Maxwell Macmillan.
Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? *Alcoholism: Clinical, Experimental, and Research, 17*, 217–224.
Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers.* New York: Guilford Press.
Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1998). Guiding self change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 189–202). New York: Plenum Press.
Soet, J. E., & Basch, C. E. (1997). The telephone as a communication medium for health education. *Health Education and Behavior, 24*(6), 759–772.
Solomon, P., & Gordon, B. (1988). Outpatient compliance with psychiatric emergency room Patients by presenting problems. *Psychiatric Quarterly, 59*, 271–283.
Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Scale (STAX).* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Stall, R., & Biernacki, P. (1986). Spontaneous remission from the problematic use of substances: An inductive model derived from a comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco, and food/obesity literatures. *International Journal of the Addictions, 21*, 1–23.
Stanton, M. D., Todd, T. C., & Associates (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction.* New York: Guilford Press.
Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review, 12*, 93–116.
Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 898–908.

Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Simpson, E. E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 92–99.

Stewart, L., & Millson, W. A. (1995). Offender motivation for treatment as a responsivity factor. *Forum on Corrections Research, 7*(3), 5–7.

Stewart, L., & Montplaisir, G. (1999). *Reasons for drop- outs among participants in the Cognitive Skills and Anger and Other Emotions Management programs.* Unpublished manuscript.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R,, McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (Eds.). (1995). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Stott, N. C. H., Rollnick, S., & Pill, R. M. (1995). Innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Family Practice, 12*(4), 413–418.

Suris, A. M., Trapp, M. C., DiClemente, C. C., & Cousins, J. (1998). Application of the transtheoretical model of behavior change for obesity in Mexican American women. *Addictive Behaviors, 23*(4), 655–668.

Swanson, A. J., Pantalon, M. V., & Cohen, K. R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 630–635.

Taplin, S., Barlow, W., Ludman, E., MacLehose, R., Meyer, D., Seger, D., Herta, D., Chin, R., & Curry, S. (2000). Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: A randomized study. *Journal of the National Cancer Institute, 92*(3), 233–242.

Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, G. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse collaborative cocaine treatment study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 493–502.

Thevos, A. K., Kaona, F. A. D., Siajunza, M. T., & Quick, R. E. (2000). Adoption of safe water behaviors in Zambia: Comparing educational and motivational approaches. *Education for Health, 13*(3), 366–376.

Thevos, A. K., Olsen, S. J., Rangel, J., Kaona, F. A. D., Tembo, M., & Quick, R. E. (2001). *Social marketing and motivational interviewing as community interventions for safe water behaviors: Follow-up surveys in Zambia.* Unpublished manuscript.

Thevos, A. K., Quick, R. E., & Yanduli, V. (2000). Application of motivational interviewing to the adoption of water disinfection practices in Zambia. *Health Promotion International, 15*(3), 207–214.

Thornton, D. (in press). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment.*

Tonigan, J. S., Miller, W. R., & Brown, J. M. (1997). The reliability of Form 90: An instrument for assessing alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 58*(4), 358–364.

Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 405–418.

Trice, H. M., & Beyer, J. M. (1983). Social control in worksettings: Using the constructive confrontation strategy with problem-drinking employees. In D. A. Ward (Ed.),

Alcoholism: Introduction to theory and treatment (Rev. ed., pp. 314–339). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Trigwell, P., Grant, P. J., & House, A. (1997). Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research, 43*, 307–315.

Trostle, J. (1988). Doctors' orders and patients' self-interest: Two views of medication usage? In D. S. I. E. Leppik (Ed.), *Compliance in epilepsy* (pp. 57–69). Amsterdam: Elsevier.

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 299–344). New York: Wiley.

Turner, A. J., & Vernon, J. C. (1976). Prompts to increase attendance in community mental health center. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 9*, 141–145.

Turner, J. G., Nokes, K. M., Corless, I. B., Holzemer, W. L., Inouye, J., Brown, M. A., & Powell-Cope, G. M. (1998). *History of drug use and adherence in HIV+ persons.* Paper presented at the 12th International Conference on AIDS, Geneva.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Treating tobacco and dependence: Clinical practice guideline.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 42*, 783–790.

Velasquez, M. M., Carbonari, J. P., & DiClemente, C. C. (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addictive Behaviors, 24*(4), 481–496.

Velasquez, M. M., Hecht, J., Quinn, V. P., Emmons, K. M., DiClemente, C. C., & Dolan-Mullen, P. (2000). Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation: Training and implementation issues. *Tobacco Control, 9*(Suppl. 3), 36–40.

Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual.* New York: Guilford Press.

Velicer, W. F., & DiClemente, C. (1993). Understanding and intervening with the total population of smokers. *Tobacco Control, 2*, 95–96.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Bellis, J. M., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., Fava, J. L., & Steiger, J. H. (1993). An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors, 18*, 269–290.

Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayasguda, M., & O'Brien, C. P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence: Role of subject compliance. *Archives of General Psychiatry, 54*, 737–74.

Waldorf, D., Reinarman, C., & Murphy, S. (1991). *Cocaine changes: The experience of using and quitting.* Philadelphia: Temple University Press.

Walizter, K. S., Dermen, K. H., & Connors, G. J. (1999). Strategies for preparing clients for treatment—A review. *Behavior Modification, 23*, 129–151.

Walker, R., Minor-Schork, D., Bloch, R., & Esinhart, J. (1996). High-risk factors for rehospitalization within six months. *Psychiatric Quarterly, 67*, 235–242.

Walker Daniels, J. (1998). *Coping with the health threat of smoking: An analysis of the precontemplation stage of smoking cessation.* Doctoral dissertation, Psychology Department, University of Maryland, Baltimore County.
Walker Daniels, J., & Murphy, C. M. (1997). Stages and processes of change in batterers' treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 4,* 123–145.
Walters, S. T. (1998). *Manual for the SDSU Alcohol Information and Motivation (AIM) program.* Unpublished manuscript.
Walters, S. T. (2000). In praise of feedback: An effective intervention for college students who are heavy drinkers. *Journal of American College Health, 48,* 235–238.
Walters, S. T., & Bennett, M. E. (2000). Addressing drinking among college students: A review of the empirical literature. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18*(1), 61–77.
Walters, S. T., Bennett, M. E., & Miller. J. E. (2000). Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education, 30*(3), 361–372.
Walters, S. T., Gruenewald, D. A., Miller, J. H., & Bennett, M. E. (2001). Early findings from a disciplinary program to reduce problem drinking by college students. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20(*1), 89–91.
Weakland, J. H., & Fisch, R. (1992). Brief therapy—MRI style. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, and S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 306–323). New York: Guilford Press.
Weinstein, N. D., Rothman, A. J., & Sutton, S. R. (1998). Stage theories in health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology, 17*(3), 290–299.
Werch, C. E., & DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research: Theory and Practice, 9*(1), 37–46.
Westerberg, V. S. (1998). What predicts success? In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 301–315). New York: Plenum Press.
Willoughby, R. W., & Edens, J. F. (1996). Construct validity and predictive utility of the stages of change scale for alcoholics. *Journal of Substance Abuse, 8*(3), 275–291.
Winters, K. C., Latimer, W. L., & Stinchfield, R. D. (1999). Adolescent Treatment. In P. J. Ott, R. E. Tarter, & R. T. Ammerman (Eds.), *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (pp. 350–361). Boston: Allyn & Bacon.
Wojciszke, B. (1987). Ideal-self, self-focus and value-behavior consistency. *European Journal of Social Psychology, 17,* 187–198.
Wolpe, P. R., Gorton, G., Serota, R., & Sanford, B. (1993). Predicting compliance of dual diagnosis inpatients with aftercare treatment. *Hospital and Community Psychiatry, 44,* 45–49.
Woollard, J., Beilin, L., Lord, T., Puddey, I., MacAdam, D., & Rouse, I. (1995). A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: Preliminary results. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology, 22*(6–7), 466–468.
Wright, E. C. (1993). Non-compliance—or how many Aunts has Matilda? *The Lancet, 342,* 909–913.
Yahne, C. E., & Miller, W. R. (1999). Evoking hope. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 217–233). Washington, DC: American Psychological Association.
Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

Yates, F. (1984). Does treatment work? Yes, but not the way we plan it. In N. Heather, I. Robertson, & P. Davies (Eds.), *Alcohol misuse: Three crucial questions* (pp. 148–157). London: Methuen.

Zuckoff, A., & Daley, D. C. (1999, March/April). Dropout prevention and dual diagnosis clients. *The Counselor*, pp. 23–27.

Zuckoff, A., & Daley, D. C. (2001). Engagement and adherence in treating persons with non-psychosis dual disorders. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 5*, 131–162.

Zuckoff, A., Ryan, C. M., & Thoma, F. (2000). *HIV risk reduction in gay men: Use of motivational interviewing to facilitate attendance in interventions.* Paper presented at the 23rd annual meeting of the Research Society on Alcoholism, Denver, CO.

Zweben, A. (1991). Motivational Counseling with Alcoholic Couples. In W. R. Miller & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 225–235). New York: Guilford Press.

Zweben, A., & Barrett, D. (1993). Brief couples treatment for alcohol problems. In T. R. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 353–380). New York: Guilford Press.

Zweben, A., Bonner, M., Chaim, G., & Santon, P. (1988). Facilitative strategies for retaining the alcohol-dependent client in outpatient treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly, 5*, 3–24.

Zweben, A., & Li, S. (1981). The efficacy of role induction in preventing early drop-out from outpatient treatment of drug dependency. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 8*(2), 71–83.

Zweben, A., & Pearlman, S. (1983). Evaluating the effectiveness of conjoint treatment of alcohol complicated marriages: Clinical and methodological issues. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*, 61–72.

نبذة عن المشاركين في التأليف

جيف أليسون Jeff Allison, MA, CerEd، كان متخصصًا في العمل الاجتماعي وإدارة الخدمة في مجال الإدمانات في المملكة المتحدة وهو عضو في شبكة مدربي مقابلة الدافعية، ويدير مكتبًا استشاريًا للتدريب الدولي على تقديم محاضرات قصيرة والإشراف على ممارسة مقابلة الدافعية وأساليب التغيير الصحي للسلوك لمدى عريض من المنظمات والأفراد المتخصصين، وتشمل اهتماماته الخاصة تطبيقات داخل مجالي العدالة الجنائية والتوقف عن التدخين.

هال أركويتز "دكتوراه" Hal Arkowitz, PhD، حصل على الدكتوراه من جامعة بنسلفانيا، بعد تمهيدي الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي من المركز الطبي في سان فرانسسكو التابع لجامعة كاليفورنيا، كما كان عضوًا في زمالة ما بعد الدكتوراه في جامعة الولاية في نيويورك في ستوني بروك. كما يلي، د. أركويتز أستاذ علم النفس المساعد في جامعة أوريجون، وهو حاليًا أستاذ علم النفس المشارك في جامعة الأريزونا.

جون س. بير، دكتوراه John S. Baer, PhD، هو أستاذ بحث مشارك في قسم علم النفس في جامعة واشنطن في سياتل. وهو أيضًا مدير التنظيم الداخلي[1] في زمالة علاج تعاطي المخدرات في مركز الرعاية الصحية VA Puget Sound في سياتل أيضًا. وتتركز اهتمامات د.بير ونشاطاته البحثية على إتيولوجية[2]

---

١ Interdisciplinary.

٢ etiology.

السلوكيات الإدمانية والوقاية منها وعلاجها. وقد درس التوقف عن التدخين والانتكاسة وطور تدخلات مختصرة لعلاج معاقرة الكحول[1] بين المراهقين والراشدين، كما اشترك في تجارب متعددة المواقع لعلاجات سلوكية ودوائية للاعتماد على الكحول.

ستيفاني بالاسيوتز Stephanie Ballasiotes, MC، استشارية السلوك الصحي لمركز فرد – هوتشينسون Fred Hutchinson لبحوث السرطان في سياتل بواشنطن، وتقدم التدريب والاستشارة في أساليب زيادة الدافعية لسيدات الرعاية الأولية، وحاصلة على منحة لدراسة الوقاية من المرض على ٦٠ ألف مشارك في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد دربت بالاسيوتز عاملين في الرعاية الصحية وعلاج الإدمان على أساليب الدافعية والتثقيف في العمل مع أمراض فيروس سي وفيروس الإيدز، وقد ألفت عديداً من المنشورات المفيدة في هذا المجال في مجتمع سياتل. كما ساهمت أيضاً في تأسيس واحد من أوائل برامج العلاج المجتمعي لخفض الأذى لمستخدمي الميثأمفيتامين[2] في منطقة سياتل، وتقوم بالتدريب على مقابلة الدافعية المجتمعية.

توم بارث، دكتوراه Tom Barth, PhD، أخصائي نفسي إكلينيكي في النرويج. ومنذ عام ١٩٨٠ وهو يعمل في مؤسسة بيرجين كلينيك Bergen Clinics في العيادات الداخلية والخارجية لكثير من السلوكيات الإدمانية، وهو حالياً رئيس العيادة الخارجية للإدمان. وقد ارتكز عمل د. بارث الإكلينيكي منذ ١٩٨٣ على مقابلة الدافعية مع الوالدين والجماعات وعمل استشارياً في العلاج المجتمعي ومشاريع الوقاية وهو أيضاً مؤلف مشارك لكتاب مدرسي في مقابلة الدافعية، طبعة نيروجية.

بيليندا بوريللي، دكتوراه Belinda Borrelli, PhD، هي أستاذ مساعد الطب النفسي والسلوك الإنساني في مركز للطب الوقائي والسلوكي في مدرسة براون الطبية. ولديها حالياً منحتان فيدراليتان (المؤسسة القومية للسرطان والمؤسسة القومية للقلب والرئة والدم)، وهما تشملان تدريب الممرضين على الرعاية الصحية المنزلية لعلاج

---

١ heavy drinking.

٢ methamphetamine.

التدخين المبنى على مقابلة الدافعية مقابل الرعاية المعتادة[1]. وتستهدف إحدى المنحتين المدخنين المقيمين بالمنزل بسبب المرض؛ أما الأخرى فتستهدف حث آباء الأطفال الذين يتلقون رعاية منزلية لإصابتهم بالسل على الامتناع عن التدخين. وقد دربت د. بوريللى ممرضين وطلاباً فى علم النفس وطلاب طب متخصصين فى الطب النفسى على مقابلة الدافعية.

بريان ل.بورك Barian L. Burke, MA، حاصل على ماجستير، ويكمل الآن دراسته للدكتوراه فى قسم علم النفس الإكلينيكى فى جامعة أيرزونا. وتتضمن تحليلاً لدراسات مقابلة الدافعية كدراسة استطلاعية لتهيئة مقابلة الدافعية لعلاج الاكتئاب الإكلينيكى.

كريستوفر س.باتل Christopher C. Butler, MD, هو خريج كلية الطب جامعة كاب تاون فى جنوب إفريقيا، وقد تولى وظائف طبية عديدة فى ريف جنوب إفريقيا وحضرها وتلقى تدريبًا متخصصًا فى الممارسة العامة للطب فى المملكة المتحدة. وبعد ما يقرب من عشر سنوات فى قسم الممارسة العامة فى كلية الطب - جامعة والس التحق د. باتلر بكلية الطب جامعة ماكماستر بكندا عام ٢٠٠١، وقد مُنح درجة الدكتوراه فى بحث عن التغيير الصحى للسلوك عام ١٩٩٩، وهو مؤلف مشارك لكتاب الإرشاد حول التغيير الصحى للسلوك (مع ستيفن رولنيك Rollnick وبيت ماسون). وفى عام ٢٠٠١، عمل د. باتلر أستاذًا زائرًا فى اليابان لتقديم المشورة فى بحوث تغيير السلوك الصحى ونشر أيضًا ٣٥ دراسة من دراسات مراجعة الأقران[2] وساعد فى الحصول على ١٢ منحة دراسية، وعمله الخاص هو طبيب أسرة.

كيلي كونفرتى Kelly Conforthi , PhD حاصلة على الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى من جامعة ميسورى فى كولومبيا، وتعمل أخصائية نفسية فى إدارة خدمات العلاج النفسى والبرامج الشاملة للرعاية المؤقتة[3] والمرضى المترددين من الخارج

---

١ Standard care.

٢ peer-reviewed papers.

٣ Partial Hospital.

فى قسم الصحة النفسية التابع لمركز علوم الصحة بجامعة نيو مكسيكو. وتشمل اهتمامات د.كونفرنتى (العلاجية) ضم علاجات مهارات التعايش السلوكية المعرفية مع مقابلة الدافعية لعلاج ذوى الاضطراب المزدوج، وتقع اهتماماتها البحثية فى مجال استخدام قياسات الناتج السيكوفيزيولوجى.

كارلو. س. ديكلمنتى Carlo C. DiClemente, PhD هو أستاذ كرسى بقسم علم النفس بجامعة ميريلاند بمدينة بالتيمور وشارك جيمس بروشاسكا فى إعداد النموذج النظرى لتغيير السلوك. وقد ألف د. ديكلمنتى كثيراً من المقالات العلمية وفصول الكتب فى الدافعية وتغيير السلوك وتطبيق هذا النموذج على مشكلات سلوكية متنوعة، وهو مؤلف مشارك لكتاب المساعدة الذاتية المسمى التغيير للأفضل المبنى على نموذجه النظرى فى التغيير وهو مؤلف مشارك أيضاً فى عديد من كتب التخصص. وعلى مدى عشرين عاماً مضت أجرى د. ديكلمنتى بحوثاً فى الصحة والسلوكيات الإدمانية، وهو عضو فى مجموعات البحث فى مشروع ماتش وكومباين MATCH and COMBINE ويعمل أيضاً استشارياً فى برامج العلاج العامة والخاصة.

كولين ديلوريو Colleen DiIorio, PhD, RN, FAAN, هى أستاذ فى قسم العلوم السلوكية والتربية الصحية فى مدرسة رولينز للصحة العامة بجامعة إمورى، وهى تتولى منصباً فى الكلية الثانوية فى مدرسة نيل هودجسون وودروف للتمريض وفى جامعة إمورى أيضاً. وتعد د. ديلوريو ممرضة بما لديها من تدريب وخبرة شاملة فى تحسين الصحة والوقاية من المرض وما تتضمنه هذه الخبرة من بحوث الوقاية من الإيدز. وقد عملت فى هيئات المراجعة القومية ومجالس الاستشارة الطبية، وهى زميل الأكاديمية الأمريكية للتمريض، ولديها منح للبحث والتعليم والخدمة فى المجتمع، ولديها عديد من المنشورات التى تصف بحوثها وتقدمها باستمرار فى المؤتمرات القومية والدولية.

كريستوفر، دون Christopher Dunn، دكتوراه، هو أخصائى نفسى فى كلية الطب النفسى والعلوم السلوكية فى جامعة واشنطن بسياتل ومتخصص فى البرامج المختصرة لعلاج تعاطى المخدرات والتغيرات الأخرى فى أسلوب حياة المرضى الذين يعانون من

أمراض مزمنة. وتتركز بحوث د.دون على نتائج البرامج المختصرة لعلاج متعاطى المواد النفسية وتدريب القائمين بالرعاية الأولية على عمل إرشاد سلوكى مختصر.

دينيس إرنست Denise Ernst, MA هى باحث أول مشارك فى مركز القيصر الخالد لبحوث الصحة فى بورتلاند أوريجون. وتشمل اهتماماتها البحثية تطبيق مقابلة الدافعية على السلوكيات الصحية فى المواقف الطبية والمجتمعية.

جويل أى.د. جينسبرج Joel I. D. Ginsburg, PhD, حاصل على الدكتوراه فى علم النفس التجريبى من جامعة كارلتون فى أوتاوا وأونتاريو وكندا. وهو مدرب قومى ومنسق فحص الجودة للخدمة التصحيحية لبرامج تعاطى المخدرات فى كندا. وعضو فى شبكة مدربى مقابلة الدافعية. وتشمل اهتماماته ممارسة مقابلة الدافعية والبحث فى نظام القضاء الجنائى والتدريب عليه.

نانسى هاندماكر Nancy Handmaker, PhD, هى أستاذ مساعد فى قسم علم النفس بجامعة نيو مكسيكو. ولديها خبرة فى التدريب على تطبيقات مقابلة الدافعية وممارستها فى أماكن الرعاية الصحية ومراكز علاج تعاطى المخدرات. وحاليًا، تقوم د.هاندماكر بدراسة تأثيرات مقابلة الدافعية على الشرب فى أثناء الحمل فى اتجاه وقاية الجنين من زملة الكحول والاضطرابات النمائية العصبية[1] الأخرى المرتبطة بالكحول.

جاكى هتش، رن Jacki Hecht, RN,MSN، هى منسق برامج الدافعية فى مراكز الطب الوقائى والسلوكى بمدرسة براون الطبية ومستشفى مريم، وتعمل حاليًا فى عديد من الدراسات ذات المنحة الفيدرالية، حيث تدرب على برامج الدافعية، وتشرف على تقديمها وتعمل استشاريًا فى إعداد هذه البرامج. وحديثًا شاركت مسز هتش فى عرض المقدمة لورشة عمل عن مقابلة الدافعية فى المجتمع فى لقاء للطب السلوكى عام ٢٠٠١.

---

١ neurodevelopmental disorders.

ألكسندر كانتشيلوف Alexander Kantchelove, MD هو مشرف تدريب ومؤسس إدارى لمؤسسة جنوب شرق أوروبا لبرامج الدافعية وتغيير السلوك، وهو نائب مدير المركز القومى لعلاج الإدمان فى وزارة الصحة البلغارية، ورئيس المجلس الاستشارى فى المجلس القومى للمخدرات ومجلس الوزراء البلغارى، وهو عضو مجتمع شعبة بحوث العلاج فى القارة الأوروبية وعضو فى كل من: شبكة مدربى مقابلة الدافعية وجمعية الطب النفسى البلغارية وجمعية العلاجات السلوكية المعرفية البلغارية واتحاد الأطباء البلغاريين. وقد كتب أكثر من أربعين منشوراً، وقدمه لمجالس ومؤتمرات ومجلات دولية وبلغارية مهتمة بقضايا متعلقة بالمخدرات والكحول وتطبيق نماذج العلاج النفسى والطبى فى مجال الإدمانات.

روث إ. مان Ruth E. Mann, MSc، هى رئيس برامج علاج مرتكبى الجرائم الجنسية والعنف الأسرى فى دائرة سجون صاحبة الجلالة فى إنجلترا ووالس، حيث تشرف على خمسة برامج لمرتكبى الجرائم الجنسية تعمل فى ثلاثين سجناً، وتعالج أكثر من ألف مرتكب جريمة جنسية فى السنة. وهى حالياً تدرس الدكتوراه جزءاً من الوقت، حيث تبحث فى موضوع الوصمة المرتبطة بالاعتداء الجنسى. وقد نشرت عدداً من المقالات البحثية والإكلينيكية وفصول كتاب فى موضوعات الوقاية من الانتكاسة ومقابلة الدافعية وعلاج مرتكب الجريمة الجنسية بشكل عام.

جون إ. مارتن، دكتوراه John E. Martin, PhD، هو أستاذ علم النفس فى جامعة ولاية سان دياجو وعضو هيئة تعليم SDSU/UCSD التابع لبرنامج الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى منذ ١٩٨٦. وقد أجرى تدريباً على مقابلة الدافعية منذ عام ١٩٩٦ مع طلاب مرحلة الدكتوراه فى علم النفس والمعالجين والعاملين فى الخدمة الاجتماعية والمرضين والعاملين فى خدمة المجتمع والمرشدين فى مجال الإدمان وضباط المراقبة القضائية فى كل من كاليفورنيا وشمال إفريقيا. وقد تركزت بحوث ومنشورات د. مارتن على الأوجه السلوكية والصحية لعلاج التدخين لدى الكحوليين المتعافين، كما تركزت هذه البحوث والمنشورات على النظام الغذائى والتدريب والالتزام الطبى والتعرض للشراب وتعاطى المخدرات بين طلاب الجامعة.

ريتشارد أوجل Richard Ogle, PhD، حاصل على الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى من جامعة نيو مكسيكو، وحالياً زميل ما بعد الدكتوراه فى علم النفس فى مركز إكسلنس للتعليم وعلاج تعاطى المخدرات فى مركز الرعاية الصحية فى منطقة سياتل. ويعد د.أوجل مدرباً لمقابلة الدافعية وتتضمن اهتماماته البحثية دور الكحول فى العدوان، وكذلك دراسة نتائج علاج تعاطى المخدرات.

ميشيل باكارد Michele Packard, PhD، هى المدير التنفيذى لمؤسسة ساج فى بولدر كولورادو ومتخصصة فى تدريب العاملين فى الصحة النفسية وتعاطى المخدرات. وفى عام ١٩٩٧ تلقت د. باكارد أفضل منحة تدريب من جماعة الصحة السلوكية والرعاية، وفى عام ١٩٩٣ صوت مديرو برنامج تعاطى المخدرات فى كولورادو عليها بوصفها أفضل مدرب. وتتضمن اهتمامات د.باكارد الحالية إعداد منهج يتكامل مع استخدام مقابلة الدافعية فى علاج الأمراض الخطرة والمزمنة وعلاج الاضطرابات المصاحبة للمحور الأول والثانى من الدليل التشخيصى وأيضاً علاج الاضطرابات الوجدانية والقلق. وقد أعدت أيضاً اتفاقيات فى شكل كتيبات لبرامج العدالة الجنائية وبرامج علاج تعاطى المخدرات.

بيجى ل. بيترسون Peggy L. Peterson, PhD, MPH، هى عالم باحث فى مؤسسة تعاطى المخدرات والكحول فى جامعة واشنطن فى سياتل. وقد نشرت فى مجال الوقاية من المخدرات والتعرض للإيدز. وتبحث حالياً فى فعالية برنامج مقابلة الدافعية المختصر فى خفض تعرض المراهقين المشردين لتعاطى الكحول والمخدرات.

كين ريسنيكو Ken Resnicow, PhD، هو أستاذ فى قسم العلوم السلوكية والتربية الصحية بكلية الصحة العامة فى جامعة رولينز. وتتضمن اهتماماته البحثية: تصميم وتقييم برامج الصحة لمجموعات معينة لا سيما الوقاية من أمراض القلب والسرطان للأمريكان من أصل إفريقى، وفهم العلاقة بين العرق والسلوكيات الصحية، والوقاية من تعاطى المخدرات وخفض أضرارها، وأيضاً بحث استخدام مقابلة الدافعية للوقاية من

الأمراض المزمنة، وبرامج الصحة المدرسية الشاملة. ويعمل د.ريسنيكو أيضًا باحثًا مشاركًا في عديد من الدراسات، ونشر أكثر من ١٠٠ مقالة من مقالات مراجعة الأقران وفصول الكتب.

جارى س روز Gary S. Rose, PhD، هو مدرب إكلينيكى فى الطب النفسى فى كلية الطب بهارفارد، وعضو فى شبكة مقابلة الدافعية للمدربين ويحاضر بشكل واسع فى موضوعات الدافعية والالتزام بالعلاج وتغيير السلوك فى علم نفس الصحة الإكلينيكية والاضطرابات الإدمانية. ويدرس د.روز فى كلية ماساشوتس لعلم النفس وهو أيضًا أخصائى نفسى استشارى فى قسم الطب السلوكى بجامعة ماساشوتس وعيادة جوزلين وكلية الطب بهارفارد. ويمارس باستمرار العلاج السلوكى فى شيلمسفورد بماساشوتس.

ديفيد ب. روزنجرن David B. Rosengren, PhD، هو أخصائى نفسى إكلينيكى فى سياتل بواشنطن، ويوزع وقته بين البحث فى معهد تعاطى المخدرات والكحول بجامعة واشنطن والممارسة الخاصة وتدريب مقابلة الدافعية القائمة على المجتمع. وتتركز بحوثه فى تطبيق مقابلة الدافعية عبر مواقف الإدمان وغيرها من المواقف. وقد كان د. روزنبرج منسق الجمعية الدولية لمدربى مقابلة الدافعية (MINT) وهو المحرر السابق لنشرة الجمعية الدولية لمدربى مقابلة الدافعية، وأيضًا ألف عديدًا من مقالات المجلات وفصول الكتب كما عمل محررًا مضيفًا لمجلة السلوكيات الإدمانية والإدمان.

فريدريك روتجرس Frederick Rotgers, PsyD, حصل على الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى من جامعة روتجرس. ولديه خبرة واسعة فى التصحيح، وكان عضوًا فى مركز روتجرس لدراسات الكحول ومساعد رئيس الأخصائيين النفسيين فى مركز سميزرس لعلاج الكحولية والتدريب على علاجها. وهو حاليًا يعمل مدربًا واستشاريًا مستقلاً. وقد نشر بشكل واسع مجلة علاج تعاطى المخدرات: النظرية والأسلوب وهو المحرر الرئيسى لها. وكان عضوًا فى الفريق الاستشارى الذى صمم نسق التباين فى علاج تعاطى المخدرات (DSAT) الذى يطبق فى قسم إدارة السجون ومحاكم المخدرات

فى ولاية مين، حيث يعد هذا النسق منحى تقييمياً يعتمد على البحث مستخدماً مناحى الدافعية بشكل واسع.

فرانسسكو ب. سانشيز Francisco P. Sanchez, PhD, هو أخصائى نفسى فى نظام الرعاية الصحية فى نيو مكسيكو، حيث يعمل مع مرضى نوى اضطراب عقلى حاد ومتعاطى مخدرات. وتتضمن اهتماماته البحثية تأثير الروحانية على الصحة النفسية وضم الروحانية فى العلاج النفسى.

جونا إ. سويت Johanna E. Soet, MA, هى أستاذ مشارك وعضو هيئة تعليم الصحة العامة فى جامعة إمورى. وتقوم بالتدريب والإشراف على عديد من مشروعات تقييم فعالية مقابلة الدافعية فى مواقف الرعاية الصحية.

أنجليكا ك. ثيفوز Angelica K. Thevos, PhD, MSW، هى أستاذ مساعد الطب النفسى والعلوم السلوكية فى الجامعة الطبية بجنوب كارولينا. لديها خبرة بحثية وعلاجية تصل إلى عقدين من الزمن وتنعكس فى عديد من المنشورات والعروض العلمية وتمتد اهتماماتها وخبرتها إلى نقل الحديث من بحوث العلوم السلوكية إلى التطبيقات الإكلينيكية العملية فى المجتمع. وهى معروفة بوصفها مدرباً عبر ثقافى ماهر. وتعمل د.ثيفوز أيضاً مديراً لمركز المصادر العلمية ساهرد بالمعهد القومى لتعاطى الكحول والكحولية المدعوم من مركز شارلستون لبحوث الكحول، وهى باحث مشارك للطرف الشمالى الشرقى فى المعهد القومى لشبكة البحوث الإكلينيكية لتعاطى المخدرات. كما تعمل استشارياً فى عديد من البحوث ومنظمات المساعدة الدولية وفى هيئات التحرير والمراجعة للمجلات البحثية.

جورجى فاسيليف Georgy Vassilev, MD، هو مدير المركز القومى للإدمان فى وزارة الصحة البلغارية ومؤسس معهد جنوب شرق أوروبا لبرامج الدافعية وتغير السلوك. وهو معد رئيسى للبرنامج القومى للوقاية والعلاج والتأهيل من الإدمان فى بلغاريا فى الفترة من ٢٠٠١ وحتى ٢٠٠٥. وعضو فى كل من؛ شبكة مدربى مقابلة الدافعية وجمعية الأطباء النفسيين البلغارية وجمعية العلاجات السلوكية المعرفية

البلغارية واتحاد الأطباء البلغاريين. وقد كتب د.فاسيليف أكثر من ٣٠ منشوراً وعرض لمؤتمرات وندوات ومجلات بلغارية ودولية. وطوال عمله الإدارى انشغل بشدة فى تقديم مقابلة الدافعية فى بلغاريا.

مارى ماردن فالسكويز Mary Marden Velasquez, PhD هى أستاذ مساعد فى قسم الطب المجتمعى وتدريب الأسرة فى كلية الطب بجامعة تكساس هوستن ولديها خلفية علمية وتدريب فى مجالات علم النفس الإكلينيكى والصحة النفسية والصحة العامة. وتقوم بالتدريب على مقابلة الدافعية، وقدمت عديداً من ورش العمل فى الولايات المتحدة والخارج عن تكامل مقابلة الدافعية مع النموذج النظرى للتغيير.

كريستوفر س. واجنر Christopher C. Wagner, PhD، هو أخصائى نفسى إكلينيكى وعضو هيئة تعليم فى قسم الإرشاد التأهيلى فى جامع فيرجينيا كومنولث واستشارى الـ (CSAT) الممنوح من مركز وسط الأطلسى لعلاج الإدمان ونقل التكنولوجيا. وهو المنشئ لموقع مقابلة الدافعية الإلكترونى www.motivationalinterview.org، وتتركز اهتمامات د. واجنر البحثية على الأوجه الشخصية للعلاقات العلاجية فى العلاج النفسى وغيره من العلاج وأيضًا ضم مناحى مقابلة الدافعية الفردية والجماعية إلى إطار العلاج المجتمعى.

سكوت ت. والترز Scott T. Walters, MA هو حاصل على امتياز ما قبل الدكتوراه من نظام الرعاية الصحية وكلية الطب فى بوسطن. وقد تركزت بحوثه على البرامج المختصرة لطلاب الجامعة متعاطى الكحول وأوجه ديناميات الجماعة والقضايا الروحية والفلسفية فى العلاج. وقد ألف السيد والترز عديداً من المقالات الإمبيريقية والنظرية حول علاج الإدمان.

جون ر. ويكس John R. Weekes, PhD، هو مدير سياسة وإدارة المعلومات فى برنامج الخدمة الإصلاحية بكندا، وأستاذ بحث مساعد فى مجال الإدمانات المشروعة[1] فى قسم علم النفس فى جامعة كارلتون فى أوتاوا أونتاريو بكندا. وقد عمل استشارياً

١ Forensic Addictions.

فى مجال تعاطى العقاقير المشروعة وخفض الأذى وقضايا تجارة المخدرات لعدد من السلطات القضائية الإصلاحية الدولية، كما عمل أيضًا عضوًا فى مجلس تنسيق "ممارسات أفضل" لرابطة الإصلاحية الأمريكية[1] (ACA) وعضوًا ورئيسًا فى لجنة تعاطى المخدرات فى رابطة الإصلاحية الأمريكية.

ألان زاكوف Allan Zuckoff, MA، هو مدرب البحث فى الطب النفسى فى كلية الطب جامعة بيتسبرغ ومنسق تدريب فى مركز خدمات الطب النفسى والاعتماد الكيميائى ومعهد الطب النفسى الغربى والعيادة فى بيتسبرغ ببنسلفانيا. ومرشح أيضًا للحصول على الدكتوراه فى علم النفس الإكلينيكى من جامعة ديكوزن. وقد ركز عمله فى تطوير مقابلة الدافعية واختبار مدى ملاءمتها لرفع كفاءة العلاج فى مجال الاضطرابات المزدوجة وخفض خطر التعرض للإيدز والأسى الناتج عن الصدمة والاضطراب ثنائى القطب والاكتئاب. وقد شارك السيد زاكوف فى تأليف كتاب كما شارك فى تأليف العديد من المقالات وأدلة العلاج المرتبطة بهذا العمل.

ألين زويبن Allen Zweben, DSW، هو مدير مركز الصحة السلوكية والإدمان وأستاذ العمل الاجتماعى فى كلية الحرية الاجتماعية فى جامعة ويسكونسين ميلوكى. ولديه خبرة فى مجالات متنوعة مرتبطة بعلاج تعاطى المخدرات بما فى ذلك الكشف والفحص المبكر والتدخل المختصر والعلاج الأسرى وتكنيكات تعليم الالتزام بالعلاج والمحافظة عليه واختيار العلاج المناسب للمريض. وقد ركزت منشوراته على المناحى الأولية والمبتكرة فى علاج مشكلات تعاطى الكحول. وحاليًا يعد د. زويبن واحدًا من الباحثين الرئيسيين فى دراسة الكومباين (COMBINE) المؤسسة القومية لمعهد الصحة القومى لعلاج تعاطى الكحول والكحولية المدعوم من المشروع الذى يضم جهات متعددة لدراسة كفاءة جميع العلاجات الدوائية مع العلاجات النفسية لعلاج مشكلات الكحول.

١ American Correctional Association.

المؤلفان فى سطور :

١- وليام.ر. ميلر William. R.Miller

"دكتوراه "، هو أستاذ متميز فى علم النفس والطب النفسى فى جامعة نيومكسيكو، ومدير مركز (UNM) لعلاج تعاطى وإدمان الخمور والمخدرات. وتضم منشورات د.ميلر Miller أكثر من ثلاثمائة مقالة وفصل، وتضم أيضًا سبعة وعشرين كتابًا أحدثهم كتاب، التغير المفاجئ: عندما تغير أعياد الغطاس[١] والاستبصار المفاجئ للحياة اليومية (With Janet C,de Baca: Gilford press, 2001) ومازال د.ميلر Miller يعمل باهتمام ونشاط فى الإرشاد الكنائسى[٢] وتكامل الروحانية مع علم النفس. وهو مدعوم بخبرة خمسة عشر عامًا كباحث رئيس منحة من المؤسسة القومية لتعاطى الكحول وإدمانه، وهى المؤسسة التى سمحت له بالعمل طوال الوقت فى البحث الإكلينيكى.

(١) Epiphanies.

(٢) Pastrol counseling.

٢- ستيفن رولنيك Stephen Rollnick

"دكتوراه" يعمل فى قسم الممارسة العامة فى كلية الطب بجامعة والاس Walas. ويعمل أيضًا لسنوات عديدة أخصائيًا نفسيًا إكلينيكيًا فى الخدمة الصحية الوطنية البريطانية. ومع خبرته فى مجال الإدمان، فقد تحول اهتمامه إلى الاستشارات الخاصة بتغيير السلوك فى ممارسة الرعاية الصحية العامة، حيث يحاول الممارسون تشجيع المرضى لتغيير أسلوب حياتهم والاستفادة من الطب. ويتركز النشاط البحثى والتدريبى لدكتور رولنيك Rollnick الآن على سلوك الممارسين وموضوعات أخرى. وهو يدرب الممارسين فى عديد من الدول والقارات، وقد نشر عددًا كبيرًا ومتنوعًا من الأوراق البحثية والمقالات. وكتابه الأحدث هو التغير الصحى للسلوك: دليل الممارسين
(with Pip Mason and Christopher C. Butler; Churchill Livingstone, 1999).

المترجم فى سطور:

صابر أحمد عبد الموجود أحمد

- من مواليد ١٩٧٥.
- تخرج فى كلية الآداب – جامعة القاهرة سنة ١٩٩٧.
- حصل على الماجستير فى الآداب من قسم علم النفس – جامعة عين شمس فى رسالة بعنوان "العلاقة بين الإقامة فى الريف أو الحضر وتوكيد الذات فى ضوء بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية".
- حصل على الدكتوراه فى الآداب من قسم علم النفس – جامعة عين شمس فى رسالة بعنوان "تأثير برنامج المدمن المجهول على نسق القيم وتوكيد الذات والتوافق النفسى الاجتماعى لدى مجموعة من المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسى".

خبرة فى البحوث الميدانية من خلال العمل فى بحوث ميدانية فى كل من:

- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- مركز البحوث النفسية – جامعة القاهرة.
- مركز الدراسات الإنسانية والمستقبلية – جامعة عين شمس.
- مركز المساعدة القانونية التابع لجمعية حقوق الإنسان.
- مركز حق السكن المصرى.
- المكتب الإنمائى للأمم المتحدة.
- نشر كتابين أحدهما بعنوان (توكيد الذات بين الريف والحضر) والآخر بعنوان (جماعة المدمنين المجهولين ما لها وما عليها).
- يعمل الآن بدرجة خبير بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- عمل أخصائى نفسى بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان لأكثر من عشر سنوات.

المراجع فى سطور :

محمد يحيى الرخاوى

- مدرس علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة.
- رئيس مجلس إدارة جمعية الطب النفسى التطورى.
- له ترجمات عديدة فى مجال علم النفس والعلاج النفسى.
- له أبحاث باللغتين العربية والإنجليزية فى مجال علم النفس اللغوى وفلسفة اللغة ودراسات الجندر والإدمان.

التصحيح اللغوى: أيمن صابر
الإشراف الفنى: حسن كامل